
DIREZIONE SANITARIA

GUIDA ALLA NOTIFICA DELLE MALATTIE INFETTIVE E DIFFUSIVE

LANUSEI 30/05/2023

Sistemi Informativi Ospedalieri
Dott.ssa Rosa Pinna
rosa.pinna@aslogliastra.it

Ufficio Cartelle Cliniche
0782/490304

MAIL: cartelle.cliniche@aslogliastra.it
PEC: cartelle.cliniche@pec.aslogliastra.it



DIREZIONE SANITARIA
P.O.U. "Nostra Signora della Mercede"

www.aslogliastra.it

STAFF DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490310
Ass. Sanitario Daniela Mulas
Ass. Sanitario Giuseppe Piras
Ass. Sanitaria Lisa Deiana

SEGRETERIA DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490299
MAIL: presidio.ospedaliero@aslogliastra.it
Ass. Amm. S. Angela Testorio
Ass. Amm. Giada Murru

DIRETTORE SANITARIO P.O.U. ASL OGLIASTRA
Dott. LUIGI FERRAI

PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO
"Nostra Signora della Mercede"
Direzione Sanitaria
via G. Pilia N°1, 08045 – Lanusei (OG)
Centralino tel. 0782/490211 - Direttore tel. 0782/490303
MAIL: luigi.ferrai@aslogliastra.it
PEC: direzione.presidio@pec.aslogliastra.it
Direttore: Dott. Luigi Ferrai

DIREZIONE SANITARIA

INDICE

1. Introduzione
2. Malattie soggette a denuncia obbligatoria
3. Segnalazione delle malattie infettive e diffuse
 - 3.1 Classe Prima
 - 3.2 Classe Seconda
 - 3.3 Classe Terza
 - 3.4 Classe Quarta
 - 3.5 Classe Quinta
4. Sorveglianza e Controllo delle infezioni da batteri produttori di Carbapenemasi (CPE)
5. Segnalazione e notifica
6. Sistema informativo delle malattie infettive e schede di notifica

LANUSEI 30/05/2023

Sistemi informativi Ospedalieri
Dott.ssa Rosa Pinna
rosa.pinna@aslogliastra.it

Ufficio Cartelle Cliniche
0782/490304

MAIL: cartelle.cliniche@aslogliastra.it
PEC: cartelle.cliniche@pec.aslogliastra.it



DIREZIONE SANITARIA
P.O.U. "Nostra Signora della Mercede"

www.aslogliastra.it

STAFF DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490310
Ass. Sanitaria Daniela Mulas
Ass. Sanitaria Giuseppe Piras
Ass. Sanitaria Lisa Deiana

SEGRETERIA DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490299
MAIL: presidio.ospedaliero@aslogliastra.it
Ass. Amm. S. Angela Testario
Ass. Amm. Giada Murru

DIRETTORE SANITARIO P.O.U. ASL OGLIASTRA
Dott. LUIGI FERRAI

PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO
"Nostra Signora della Mercede"
Direzione Sanitaria
via G. Pilia N°1, 08045 – Lanusei (OG)
Centralino tel. 0782/490211 - Direttore tel. 0782/490303
MAIL: luigi.ferrai@aslogliastra.it
PEC: direzione.presidio@pec.aslogliastra.it
Direttore: Dott. Luigi Ferrai

DIREZIONE SANITARIA

ALLEGATI

- ❖ Scheda di segnalazione delle Malattie Infettive
- ❖ Scheda di notifica di Malattia Infettiva- Classe 1
- ❖ Scheda di notifica di Malattia Infettiva- Classe 2
- ❖ Scheda di notifica di Malattia Infettiva- Classe 3
- ❖ Scheda di notifica di Malattia Infettiva- Classe 4
- ❖ Scheda per la notifica e l'inchiesta epidemiologica su caso di Malaria - Modulo 15
- ❖ Scheda per la sorveglianza epidemiologica della malattia di Creutzfeldt Jakob
- ❖ Scheda per la sorveglianza epidemiologica della Meningite
- ❖ Scheda per la sorveglianza epidemiologica della Legionellosi
- ❖ Scheda di notifica e sorveglianza di caso di Chikunguya e Dengue
- ❖ Scheda di notifica di caso umano di West Nile Virus
- ❖ Scheda di notifica e sorveglianza di Arbovirusi
- ❖ Scheda di sorveglianza Paralisi Flaccida Acuta
- ❖ Scheda di notifica di Botulismo
- ❖ Scheda di sorveglianza integrata Morbillo- Rosolia
- ❖ Scheda di notifica di infezione di Rosolia in gravidanza
- ❖ Scheda di notifica di caso di Sindrome/ Infezione da Rosolia congenita
- ❖ Scheda di sorveglianza delle Batteriemie da CPE- KPC (produttori di Carbapenemasi)
- ❖ Deliberazione n. 7/55 Rete regionale dei laboratori di microbiologia per la Sorveglianza delle Malattie Infettive

LANUSEI 30/05/2023

Sistemi Informativi Ospedalieri
Dott.ssa Rosa Pinna
rosa.pinna@aslogliastra.it

Ufficio Cartelle Cliniche
0782/490304

MAIL: cartelle.cliniche@aslogliastra.it
PEC: cartelle.cliniche@pec.aslogliastra.it



DIREZIONE SANITARIA
P.O.U. "Nostra Signora della Mercede"

www.aslogliastra.it

STAFF DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490310
Ass. Sanitaria Daniela Mulas
Ass. Sanitaria Giuseppe Piras
Ass. Sanitaria Lisa Deiana

SEGRETERIA DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490299
MAIL: presidio.ospedaliero@aslogliastra.it
Ass. Amm. S. Angela Testoria
Ass. Amm. Giada Murru

DIRETTORE SANITARIO P.O.U. ASL OGLIASTRA
Dott. LUIGI FERRAI

PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO
"Nostra Signora della Mercede"
Direzione Sanitaria
via G. Pilia N°1, 08045 – Lanusei (OG)
Centralino tel. 0782/490211 - Direttore tel. 0782/490303
MAIL: luigi.ferrai@aslogliastra.it
PEC: direzione.presidio@pec.aslogliastra.it
Direttore: Dott. Luigi Ferrai

DIREZIONE SANITARIA

1. INTRODUZIONE

Il medico che nell'esercizio della sua professione venga a conoscenza di un caso di malattia infettiva e diffusa 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.

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.

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

LANUSEI 30/05/2023

Sistemi informativi Ospedalieri
Dott.ssa Rosa Pinna
rosa.pinna@aslogliastra.it

Ufficio Cartelle Cliniche
0782/490304

MAIL: cartelle.cliniche@aslogliastra.it
PEC: cartelle.cliniche@pec.aslogliastra.it



www.aslogliastra.it

DIREZIONE SANITARIA
P.O.U. "Nostra Signora della Mercede"

STAFF DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490310
Ass. Sanitaria Daniela Mulas
Ass. Sanitario Giuseppe Piras
Ass. Sanitario Lisa Deiana

SEGRETERIA DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490299
MAIL: presidio.ospedaliero@aslogliastra.it
Ass. Amm. S. Angela Testario
Ass. Amm. Giada Murru

DIRETTORE SANITARIO P.O.U. ASL OGLIASTRA
Dott. LUIGI FERRAI

PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO
"Nostra Signora della Mercede"
Direzione Sanitaria
via G. Pilia N°1, 08045 – Lanusei (OG)
Centralino tel. 0782/490211 - Direttore tel. 0782/490303
MAIL: luigi.ferrai@aslogliastra.it
PEC: direzione.presidio@pec.aslogliastra.it
Direttore: Dott. Luigi Ferrai

DIREZIONE SANITARIA

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).

Le segnalazioni di morbillo, parotite e rosolia seguono le modalità e la tempistica della Prima classe. La meningite deve essere segnalata entro 12 ore dall'accertamento diagnostico.

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.

QUARTA CLASSE

Vi appartengono le malattie con focolaio epidemico. La segnalazione deve avvenire entro 24 ore alla ASL, che compila ed invia il modello individuale di notifica alla Regione, al Ministero della Salute, all'Istituto Superiore di Sanità e all'ISTAT.

Le malattie di origine alimentare devono essere segnalate entro 12 ore dall'osservazione.

QUINTA CLASSE

Comprende le malattie infettive e diffuse non incluse nelle classi precedenti.

Tali malattie solo quando assumono le caratteristiche di focolaio epidemico, devono essere segnalate con le modalità previste per la Classe IV.

Nei casi singoli 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.

LANUSEI 30/05/2023

Sistemi Informativi Ospedalieri
Dott.ssa Rosa Pinna
rosa.pinna@aslogliastra.it

Ufficio Cartelle Cliniche
0782/490304

MAIL: cartelle.cliniche@aslogliastra.it
PEC: cartelle.cliniche@pec.aslogliastra.it



DIREZIONE SANITARIA
P.O.U. "Nostra Signora della Mercede"

www.aslogliastra.it

STAFF DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490310
Ass. Sanitario Daniela Mulas
Ass. Sanitario Giuseppe Piras
Ass. Sanitario Lisa Deiana

SEGRETERIA DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490299
MAIL: presidio.ospedaliero@aslogliastra.it
Ass. Amm. S. Angela Testorio
Ass. Amm. Giada Murru

DIRETTORE SANITARIO P.O.U. ASL OGLIASTRA
Dott. LUIGI FERRAI

PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO
"Nostra Signora della Mercede"
Direzione Sanitaria
via G. Pilia N°1, 08045 – Lanusei (OG)
Centralino tel. 0782/490211 - Direttore tel. 0782/490303
MAIL: luigi.ferrai@aslogliastra.it
PEC: direzione.presidio@pec.aslogliastra.it
Direttore: Dott. Luigi Ferrai

DIREZIONE SANITARIA
2. MALATTIE SOGGETTE A DENUNCIA OBBLIGATORIA

Articoli 235-254 T.U.LL.SS. e D.M. 15/12/1990 e ss.mm.e ii

CLASSE PRIMA	PRECAUZIONI DA ATTUARE	MODALITA' DI NOTIFICA
1) colera	S/C=Standard +Contatto	Segnalazione da parte del Medico ENTRO 12 ORE dall'osservazione di un caso di malattia anche solo sospetta. In GRASSETTO con * le malattie infettive diffuse soggette a <u>normativa specifica</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 - Strausler – Scheinker *		
17) Insonnia familiare letale *		
18)Sindromi correlate alle ultime quattro malattie *		
CLASSE SECONDA		
19)blenorragia *	S = Standard	Segnalazione scritta su scheda di notifica da parte del Medico ENTRO 48 ORE dall'osservazione del caso di malattia anche solo sospetta 34) morbillo* 35) parotite* 38) rosolia *
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	

LANUSEI 30/05/2023

 Sistemi informativi Ospedalieri
 Dott.ssa Rosa Pinna
 rosa.pinna@aslogliastra.it

 Ufficio Cartelle Cliniche
 0782/490304

 MAIL: cartelle.cliniche@aslogliastra.it
 PEC: cartelle.cliniche@pec.aslogliastra.it

 DIREZIONE SANITARIA
 P.O.U. "Nostra Signora della Mercede"

www.aslogliastra.it

 STAFF DIREZIONE SANITARIA
 tel. 0782/490310
 Ass. Sanitario Daniela Mulas
 Ass. Sanitario Giuseppe Piras
 Ass. Sanitario Lisa Deiana

 SEGRETERIA DIREZIONE SANITARIA
 tel. 0782/490299
 MAIL: presidio.ospedaliero@aslogliastra.it
 Ass. Amm. S. Angela Testorio
 Ass. Amm. Giada Murru

 DIRETTORE SANITARIO P.O.U. ASL OGLIASTRA
 Dott. LUIGI FERRAI

 PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO
 "Nostra Signora della Mercede"
 Direzione Sanitaria
 via G. Pilia N°1, 08045 – Lanusei (OG)
 Centralino tel. 0782/490211 - Direttore tel. 0782/490303
 MAIL: luigi.ferrai@aslogliastra.it
 PEC: direzione.presidio@pec.aslogliastra.it
 Direttore: Dott. Luigi Ferrai

DIREZIONE SANITARIA

29) leishmaniosi viscerale	S = Standard	<p>NOTIFICA ENTRO 12 ORE normativa specifica.</p> <p>In GRASSETTO con * le malattie infettive diffuse soggette a normativa specifica .</p>
30) leptospirosi	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) rickettsiosi 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	

LANUSEI 30/05/2023

Sistemi Informativi Ospedalieri
Dott.ssa Rosa Pinna
rosa.pinna@aslogliastra.it

Ufficio Cartelle Cliniche
0782/490304

MAIL: cartelle.cliniche@aslogliastra.it
PEC: cartelle.cliniche@pec.aslogliastra.it



DIREZIONE SANITARIA
P.O.U. "Nostra Signora della Mercedes"

www.aslogliastra.it

STAFF DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490310
Ass. Sanitario Daniela Mulas
Ass. Sanitario Giuseppe Piras
Ass. Sanitario Lisa Deiana

SEGRETERIA DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490299
MAIL: presidio.ospedaliero@aslogliastra.it
Ass. Amm. S. Angela Testario
Ass. Amm. Giada Murru

DIRETTORE SANITARIO P.O.U. ASL OGLIASTRA
Dott. LUIGI FERRAI

PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO
"Nostra Signora della Mercedes"
Direzione Sanitaria
via G. Pilia N°1, 08045 – Lanusei (OG)
Centralino tel. 0782/490211 - Direttore tel. 0782/490303
MAIL: luigi.ferrai@aslogliastra.it
PEC: direzione.presidio@pec.aslogliastra.it
Direttore: Dott. Luigi Ferrai

DIREZIONE SANITARIA

CLASSE TERZA	PRECAUZIONI DA ATTUARE	MODALITA' DI NOTIFICA
44) AIDS *	S = Standard	<p>Segnalazione scritta su scheda di notifica da parte del Medico, ENTRO 48 ORE dall'osservazione di un caso di malattia anche solo sospetta.</p> <p>Per queste malattie sono previsti flussi informativi particolari e differenziati.</p> <p>In GRASSETTO con * le malattie infettive diffuse soggette a normativa specifica</p> <p>* La segnalazione viene effettuata dai servizi o centri specialistici con apposite schede.</p> <p>** Alla presente notifica deve essere acclusa la scheda epidemiologica</p>
45) lebbra *	S = Standard	
46) malaria **	S = Standard	
47) micobatteriosi non tubercolare	S = Standard	
48) tubercolosi	A = Aerea	
CLASSE QUARTA		MODALITA' DI NOTIFICA
49) dermatofitosi (tigna)	S = Standard	<p>Segnalazione scritta su scheda di notifica da parte del Medico, ENTRO 24 ORE dall'osservazione di un caso di malattia anche solo sospetta.</p> <p>50) infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare* = NOTIFICA ENTRO 12 ORE</p>
50) infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare *	C = Contatto	
51) pediculosi	C = Contatto	
52) scabbia	C = Contatto	

LANUSEI 30/05/2023

Sistemi Informativi Ospedalieri
Dott.ssa Rosa Pinna
rosa.pinna@aslogliastra.it

STAFF DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490310
Ass. Sanitario Daniela Mulas
Ass. Sanitario Giuseppe Piras
Ass. Sanitario Lisa Deiana

DIRETTORE SANITARIO P.O.U. ASL OGLIASTRA
Dott. LUIGI FERRAI

Ufficio Cartelle Cliniche
0782/490304

MAIL: cartelle.cliniche@aslogliastra.it
PEC: cartelle.cliniche@pec.aslogliastra.it



SEGRETERIA DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490299
MAIL: presidio.ospedaliero@aslogliastra.it
Ass. Amm. S. Angela Testoria
Ass. Amm. Giada Murru

PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO
"Nostra Signora della Mercedes"
Direzione Sanitaria
via G. Pilia N°1, 08045 – Lanusei (OG)
Centralino tel. 0782/490211 - Direttore tel. 0782/490303
MAIL: luigi.ferrai@aslogliastra.it
PEC: direzione.presidio@pec.aslogliastra.it
Direttore: Dott. Luigi Ferrai

DIREZIONE SANITARIA
P.O.U. "Nostra Signora della Mercedes"

www.aslogliastra.it

DIREZIONE SANITARIA

CLASSE QUINTA	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).	Segnalazione scritta su scheda di notifica da parte del Medico, ENTRO 48 ORE. In tutti i casi di focolaio epidemico la segnalazione deve avvenire ENTRO 24 ORE.

LANUSEI 30/05/2023

Sistemi informativi Ospedalieri
Dott.ssa Rosa Pinna
rosa.pinna@aslogliastra.it

Ufficio Cartelle Cliniche
0782/490304

MAIL: cartelle.cliniche@aslogliastra.it
PEC: cartelle.cliniche@pec.aslogliastra.it



DIREZIONE SANITARIA
P.O.U. "Nostra Signora della Mercede"

www.aslogliastra.it

STAFF DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490310
Ass. Sanitario Daniela Mulas
Ass. Sanitario Giuseppe Piras
Ass. Sanitario Lisa Deiana

SEGRETERIA DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490299
MAIL: presidio.ospedaliero@aslogliastra.it
Ass. Amm. S. Angela Testoria
Ass. Amm. Giada Murru

DIRETTORE SANITARIO P.O.U. ASL OGLIASTRA
Dott. LUIGI FERRAI

PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO
"Nostra Signora della Mercede"
Direzione Sanitaria
via G. Pilia N°1, 08045 – Lanusei (OG)
Centralino tel. 0782/490211 - Direttore tel. 0782/490303
MAIL: luigi.ferrai@aslogliastra.it
PEC: direzione.presidio@pec.aslogliastra.it
Direttore: Dott. Luigi Ferrai

DIREZIONE SANITARIA

3. SEGNALAZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE E DIFFUSIVE

3.1 CLASSE PRIMA

Accertatore	Tempistica	Modalità	Destinatario
Il medico del Reparto in cui è osservato il caso segnala	Immediatamente	Telefonicamente e via mail con il Modulo di Segnalazione e Scheda di notifica Modello n. 15- Classe I	Alla Direzione Medica di P.O.U.
			
<p>La Direzione Medica di P.O.U. segnala entro 12 ore dall'evento Telefonicamente e via mail con il Modulo di Segnalazione e Scheda di Notifica Modello 15- Classe I al Servizio Igiene e Sanità Pubblica della ASL</p>			

NORME SPECIFICHE DELLE MALATTIE DELLA CLASSE PRIMA

- **BOTULISMO: Circolare del Ministero n. 9, 1° luglio 1996**

L'isolamento non è necessario.

Immediata segnalazione da parte del medico del Reparto che individua il caso, alla Farmacia del Presidio Ospedaliero, che richiederà il siero antitotulinum al Dipartimento di Prevenzione del Ministero della Sanità - Ufficio III°.

- **TETANO: Circolare del Ministero della Sanità n. 52 del 9 agosto 1982.**

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.

- **FEBBRI EMORRAGICHE VIRALI (Ebola): Nota del Ministero della Sanità 100/673/01/4266 del 26 maggio 1995. "Aggiornamento linee guida per la gestione dei soggetti con sospetta infezione da virus Ebola".**

Tutti i casi sospetti o accertati di FEV vanno immediatamente notificati, secondo la normativa vigente, telefonando ai numeri: 06/59943905 (Dirigente Responsabile: Dottoressa Maria Grazia Pompa) o via Fax: 06/59943096

LANUSEI 30/05/2023

Sistemi Informativi Ospedalieri
Dott.ssa Rosa Pinna
rosa.pinna@aslogliastra.it

Ufficio Cartelle Cliniche
0782/490304

MAIL: cartelle.cliniche@aslogliastra.it
PEC: cartelle.cliniche@pec.aslogliastra.it



DIREZIONE SANITARIA
P.O.U. "Nostra Signora della Mercedes"

www.aslogliastra.it

STAFF DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490310
Ass. Sanitaria Daniela Mulas
Ass. Sanitaria Giuseppe Piras
Ass. Sanitaria Lisa Deiana

SEGRETERIA DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490299
MAIL: presidio.ospedaliero@aslogliastra.it
Ass. Amm. S. Angela Testorio
Ass. Amm. Giada Murru

DIRETTORE SANITARIO P.O.U. ASL OGLIASTRA
Dott. LUIGI FERRAI

PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO
"Nostra Signora della Mercedes"
Direzione Sanitaria
via G. Pilia N°1, 08045 – Lanusei (OG)
Centralino tel. 0782/490211 - Direttore tel. 0782/490303
MAIL: luigi.ferrai@aslogliastra.it
PEC: direzione.presidio@pec.aslogliastra.it
Direttore: Dott. Luigi Ferrai

DIREZIONE SANITARIA

- **MALATTIA DI CREUTZFELDT - JAKOB: Ordinanza 12 febbraio 2001. "Ordinanza contingibile ed urgente per la sorveglianza della Malattia di Creutzfeldt-Jakob".**

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 **scheda di sorveglianza per la malattia di Creutzfeldt – Jakob** che integra la scheda di segnalazione.

3.2 CLASSE SECONDA

Accertatore	Tempistica	Modalità	Destinatario
Il medico del Reparto in cui è osservato il caso segnala	Entro 24 ore dall'evento*	Via email con il Modulo di Segnalazione e Scheda di Notifica Modello 15- Classe II	Alla Direzione Medica di P.O.U.
			
La Direzione Medica di P.O.U. segnala entro 48 ore dall'evento via mail con il Modulo di Segnalazione e Scheda di Notifica Modello 15- Classe II al Servizio Igiene e Sanità Pubblica della ASL			
*Le segnalazioni di morbillo, parotite e rosolia seguono le modalità e la tempistica della Prima classe La meningite deve essere segnalata entro 12 ore dall'accertamento diagnostico			

NORME SPECIFICHE DELLE MALATTIE DELLA CLASSE SECONDA

- **BLENORRAGIA e SIFILIDE legge 25 luglio 1956 n. 837**

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.

- **MENINGITE MENINGOCOCCICA e meningiti batteriche in genere. (nota Min. Sanità n. 400.2/15/3290 del 27 luglio 1994)**

La segnalazione è accompagnata da una **Scheda di Sorveglianza** (non sostitutiva ma integrativa) valida anche per la meningite tubercolare (classe III) e per le altre meningiti batteriche. La scheda di Sorveglianza è **compilata dal medico**

LANUSEI 30/05/2023

Sistemi Informativi Ospedalieri
Dott.ssa Rosa Pinna
rosa.pinna@aslogliastra.it

Ufficio Cartelle Cliniche
0782/490304

MAIL: cartelle.cliniche@aslogliastra.it
PEC: cartelle.cliniche@pec.aslogliastra.it



DIREZIONE SANITARIA
P.O.U. "Nostra Signora della Mercede"

www.aslogliastra.it

STAFF DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490310
Ass. Sanitaria Daniela Mulas
Ass. Sanitaria Giuseppe Piras
Ass. Sanitaria Lisa Deiana

SEGRETERIA DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490299
MAIL: presidio.ospedaliero@aslogliastra.it
Ass. Amm. S. Angela Testorio
Ass. Amm. Giada Murru

DIRETTORE SANITARIO P.O.U. ASLOGLIASTRA
Dott. LUIGI FERRAI

PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO
"Nostra Signora della Mercede"
Direzione Sanitaria
via G. Pilia N°1, 08045 – Lanusei (OG)
Centralino tel. 0782/490211 - Direttore tel. 0782/490303
MAIL: luigi.ferrai@aslogliastra.it
PEC: direzione.presidio@pec.aslogliastra.it
Direttore: Dott. Luigi Ferrai

DIREZIONE SANITARIA

che accerta la diagnosi quindi solo per i casi confermati.

Per i casi da Neisseria ed Haemophilus è richiesto inoltre l'invio del ceppo batterico isolato al **Centro di riferimento: (Istituto di Igiene dell'Università di Sassari dottor Paolo Castiglia paolo.castiglia@aouss.it. Telefono: 079228032)**

La scheda di Sorveglianza deve essere compilata in ogni sua parte in modo leggibile. In particolare:

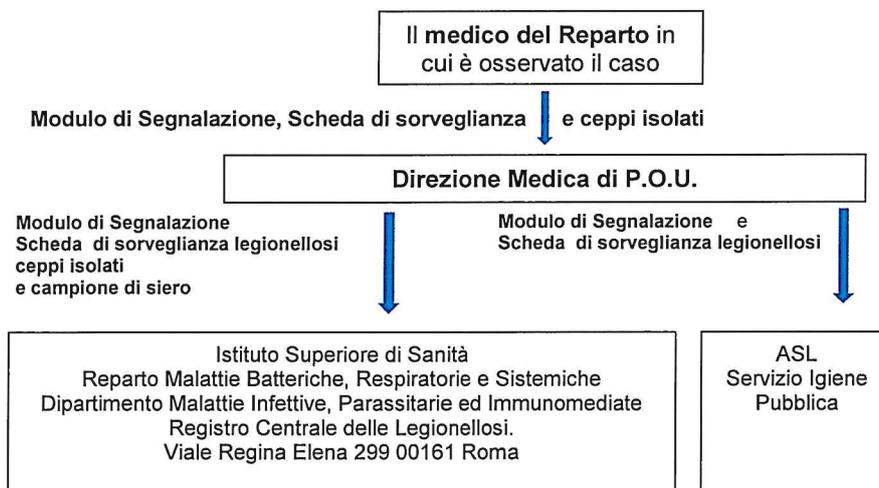
- la parte sovrastante l'introduzione (n° della scheda e del ceppo) non deve essere compilata
- per "recapito" del compilatore si intende il n. telefonico del lavoro;
- i dati relativi a Regione e Comune devono essere iscritti per esteso e non in codice;
- per "domicilio abituale" si intende il luogo dove il paziente vive, indipendentemente dal fatto che vi risieda;
- 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;
- per "stato di immunodepressione" si intende la presenza di una patologia e/o trattamento terapeutico che indichi una compromissione del sistema immunitario del paziente.

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

Per 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.

MODALITÀ DI SEGNALAZIONE DELLA LEGIONELLOSI



LANUSEI 30/05/2023

Sistemi informativi Ospedalieri
Dott.ssa Rosa Pinna
rosa.pinna@aslogliastra.it

Ufficio Cartelle Cliniche
0782/490304

MAIL: cartelle.cliniche@aslogliastra.it
PEC: cartelle.cliniche@pec.aslogliastra.it



DIREZIONE SANITARIA
P.O.U. "Nostra Signora della Mercedes"

www.aslogliastra.it

STAFF DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490310
Ass. Sanitaria Daniela Mulas
Ass. Sanitario Giuseppe Piras
Ass. Sanitario Lisa Deiana

SEGRETERIA DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490299
MAIL: presidio.ospedaliero@aslogliastra.it
Ass. Amm. S. Angela Testaria
Ass. Amm. Giada Murru

DIRETTORE SANITARIO P.O.U. ASL OGLIASTRA
Dott. LUIGI FERRAI

PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO
"Nostra Signora della Mercedes"
Direzione Sanitaria
via G. Pilia N°1, 08045 - Lanusei (OG)
Centralino tel. 0782/490211 - Direttore tel. 0782/490303
MAIL: luigi.ferrai@aslogliastra.it
PEC: direzione.presidio@pec.aslogliastra.it
Direttore: Dott. Luigi Ferrai

DIREZIONE SANITARIA

3.3 CLASSE TERZA

NORME SPECIFICHE DELLE MALATTIE DELLA CLASSE TERZA

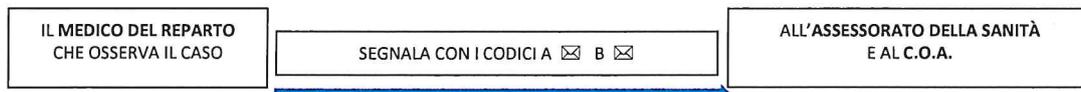
Per le malattie infettive di classe terza sono previsti flussi informativi particolari e differenziati.

• **AIDS**

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



LANUSEI 30/05/2023

Sistemi Informativi Ospedalieri
Dott.ssa Rosa Pinna
rosa.pinna@aslogliastra.it

Ufficio Cartelle Cliniche
0782/490304

MAIL: cartelle.cliniche@aslogliastra.it
PEC: cartelle.cliniche@pec.aslogliastra.it



DIREZIONE SANITARIA
P.O.U. "Nostra Signora della Mercede"

www.aslogliastra.it

STAFF DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490310
Ass. Sanitario Daniela Mulas
Ass. Sanitario Giuseppe Piras
Ass. Sanitario Lisa Deiana

SEGRETERIA DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490299
MAIL: presidio.ospedaliero@aslogliastra.it
Ass. Amm. S. Angela Testorio
Ass. Amm. Giada Murru

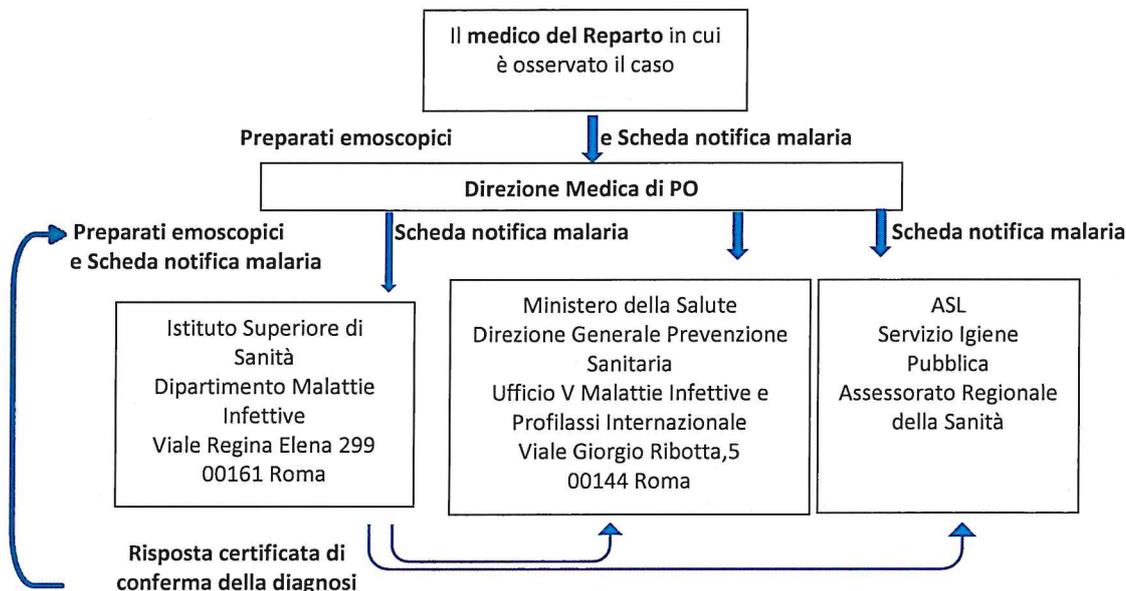
DIRETTORE SANITARIO P.O.U. ASL OGLIASTRA
Dott. LUIGI FERRAI

PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO
"Nostra Signora della Mercede"
Direzione Sanitaria
via G. Pilia N°1, 08045 – Lanusei (OG)
Centralino tel. 0782/490211 - Direttore tel. 0782/490303
MAIL: luigi.ferrai@aslogliastra.it
PEC: direzione.presidio@pec.aslogliastra.it
Direttore: Dott. Luigi Ferrai

DIREZIONE SANITARIA

- **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.

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 ASL 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).

LANUSEI 30/05/2023

Sistemi informativi Ospedalieri
Dott.ssa Rosa Pinna
rosa.pinna@aslogliastra.it

Ufficio Cartelle Cliniche
0782/490304

MAIL: cartelle.cliniche@aslogliastra.it
PEC: cartelle.cliniche@pec.aslogliastra.it



www.aslogliastra.it

DIREZIONE SANITARIA
P.O.U. "Nostra Signora della Mercedes"

STAFF DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490310
Ass. Sanitaria Daniela Mulas
Ass. Sanitario Giuseppe Piras
Ass. Sanitario Lisa Deiana

SEGRETERIA DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490299
MAIL: presidio.ospedaliero@aslogliastra.it
Ass. Amm. S. Angela Testorio
Ass. Amm. Giada Murru

DIRETTORE SANITARIO P.O.U. ASL OGLIASTRA
Dott. LUIGI FERRAI

PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO
"Nostra Signora della Mercedes"
Direzione Sanitaria
via G. Pilia N°1, 08045 – Lanusei (OG)
Centralino tel. 0782/490211 - Direttore tel. 0782/490303
MAIL: luigi.ferrai@aslogliastra.it
PEC: direzione.presidio@pec.aslogliastra.it
Direttore: Dott. Luigi Ferrai

DIREZIONE SANITARIA

3.4 CLASSE QUARTA

Accertatore	Tempistica	Modalità	Destinatario
IL MEDICO DEL REPARTO IN CUI È OSSERVATO IL CASO SEGNA LA	ENTRO 12 ORE DALL'EVENTO*	Via email con il Modulo di Segnalazione e Scheda di Notifica Modello 15- Classe IV	ALLA DIREZIONE MEDICA DI PO
			
<p>La Direzione Medica di P.O.U. segnala entro 24 ore dall'evento Via email con il Modulo di Segnalazione e Scheda di Notifica Modello 15- Classe IV Al servizio Igiene e Sanità Pubblica della ASL</p>			
*Le malattie di origine alimentare devono essere segnalate entro 12 ore dall'osservazione			

3.5 CLASSE QUINTA

Accertatore	Tempistica	Modalità	Destinatario
IL MEDICO DEL REPARTO IN CUI È OSSERVATO IL CASO SEGNA LA	ENTRO 24 ORE DALL'EVENTO*	Via email con il Modulo di Segnalazione e Scheda di Notifica Modello 15- Classe IV	ALLA DIREZIONE MEDICA DI P.O.U.
			
<p>La Direzione Medica di P.O.U. segnala entro 48 ore dall'evento Via email con la Modulo di Segnalazione e Scheda di Notifica Modello 15- Classe IV Al Servizio Igiene e Sanità Pubblica della Asl</p>			
*Le malattie di origine alimentare devono essere segnalate entro 12 ore dall'osservazione			

Le notifiche di classe V vengono comunicate mensilmente in un riepilogo all'Assessorato regionale alla Sanità a annualmente al Ministero. Solo quando assumono le caratteristiche di focolaio epidemico, devono essere segnalate con le modalità previste per la Classe IV.

LANUSEI 30/05/2023

Sistemi Informativi Ospedalieri
Dott.ssa Rosa Pinna
rosa.pinna@aslogliastra.it

Ufficio Cartelle Cliniche
0782/490304

MAIL: cartelle.cliniche@aslogliastra.it
PEC: cartelle.cliniche@pec.aslogliastra.it



DIREZIONE SANITARIA
P.O.U. "Nostra Signora della Mercede"

www.aslogliastra.it

STAFF DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490310
Ass. Sanitario Daniela Mulas
Ass. Sanitario Giuseppe Piras
Ass. Sanitaria Lisa Deiana

SEGRETERIA DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490299
MAIL: presidio.ospedaliero@aslogliastra.it
Ass. Amm. S. Angela Testoria
Ass. Amm. Giada Murru

DIRETTORE SANITARIO P.O.U. ASL OGLIASTRA
Dott. LUIGI FERRAI

PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO
"Nostra Signora della Mercede"
Direzione Sanitaria
via G. Pilia N°1, 08045 – Lanusei (OG)
Centralino tel. 0782/490211 - Direttore tel. 0782/490303
MAIL: luigi.ferrai@aslogliastra.it
PEC: direzione.presidio@pec.aslogliastra.it
Direttore: Dott. Luigi Ferrai

DIREZIONE SANITARIA

**4. SORVEGLIANZA E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA BATTERI PRODUTTORI DI
CARBAPENEMASI (KPC)**

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 (scheda di sorveglianza delle batteriemie (CPE), 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 della scheda di sorveglianza delle batteriemie (CPE), 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

LANUSEI 30/05/2023

Sistemi informativi Ospedalieri
Dott.ssa Rosa Pinna
rosa.pinna@aslogliastra.it

Ufficio Cartelle Cliniche
0782/490304

MAIL: cartelle.cliniche@aslogliastra.it
PEC: cartelle.cliniche@pec.aslogliastra.it



www.aslogliastra.it

DIREZIONE SANITARIA
P.O.U. "Nostra Signora della Mercede"

STAFF DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490310
Ass. Sanitaria Daniela Mulas
Ass. Sanitario Giuseppe Piras
Ass. Sanitario Lisa Deiana

SEGRETERIA DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490299
MAIL: presidio.ospedaliero@aslogliastra.it
Ass. Amm. S. Angela Testorio
Ass. Amm. Giada Murru

DIRETTORE SANITARIO P.O.U. ASL OGLIASTRA
Dott. LUIGI FERRAI

PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO
"Nostra Signora della Mercede"
Direzione Sanitaria
via G. Pilia N°1, 08045 – Lanusei (OG)
Centralino tel. 0782/490211 - Direttore tel. 0782/490303
MAIL: luigi.ferrai@aslogliastra.it
PEC: direzione.presidio@pec.aslogliastra.it
Direttore: Dott. Luigi Ferrai

DIREZIONE SANITARIA

REFERENTE DEL LABORATORIO CHE IDENTIFICA IL CASO

↓ scheda di sorveglianza delle batteriemie (CPE), parte A e parte B

DIREZIONE MEDICA DI P.O.U.

↓ scheda di sorveglianza delle batteriemie (CPE), parte A e parte B

ASL SERVIZIO IGIENE PUBBLICA

scheda di sorveglianza delle batteriemie (CPE), parte B



LANUSEI 30/05/2023

Sistemi Informativi Ospedalieri
Dott.ssa Rosa Pinna
rosa.pinna@aslogliastra.it

Ufficio Cartelle Cliniche
0782/490304

MAIL: cartelle.cliniche@aslogliastra.it
PEC: cartelle.cliniche@pec.aslogliastra.it



DIREZIONE SANITARIA
P.O.U. "Nostra Signora della Mercede"

www.aslogliastra.it

STAFF DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490310
Ass. Sanitaria Daniela Mulas
Ass. Sanitaria Giuseppe Piras
Ass. Sanitaria Lisa Deiana

SEGRETERIA DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490299
MAIL: presidio.ospedaliero@aslogliastra.it
Ass. Amm. S. Angela Testorio
Ass. Amm. Giada Murru

DIRETTORE SANITARIO P.O.U. ASL OGLIASTRA
Dott. LUIGI FERRAI

PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO
"Nostra Signora della Mercede"
Direzione Sanitaria
via G. Pilia N°1, 08045 – Lanusei (OG)
Centralino tel. 0782/490211 - Direttore tel. 0782/490303
MAIL: luigi.ferrai@aslogliastra.it
PEC: direzione.presidio@pec.aslogliastra.it
Direttore: Dott. Luigi Ferrai

DIREZIONE SANITARIA

5. SEGNALAZIONE E NOTIFICA

La segnalazione del caso di malattia infettiva avviene tramite il Modulo di segnalazione col quale i medici dell'Ospedale segnalano i casi osservati. Il modulo di segnalazione integrato alla scheda di notifica della malattia confermata o sospetta si fa pervenire alla Direzione Medica di Presidio, che convalida e sottoscrive la documentazione e la invia al SISP dell'ASL per le successive indagini e trasmissioni di competenza al Ministero della Sanità, all'Istituto Superiore di Sanità e all'Assessorato Regionale della Sanità.

FASE OSPEDALIERA



Il medico di Reparto che osserva il caso



lo documenta sul modulo di segnalazione e scheda di notifica di malattia infettiva



fa pervenire i moduli alla Direzione Medica del Presidio Ospedaliero

FASE DELLA COMUNICAZIONE AL SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA DELLA ASL



La Direzione Medica del Presidio Ospedaliero



Convalida e sottoscrive i moduli di segnalazione



li invia agli uffici del SISP

FASE DELLA NOTIFICA



Il SISP



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



La invia a Regione, Ministero e ISS

LANUSEI 30/05/2023

Sistemi informativi Ospedalieri
Dott.ssa Rosa Pinna
rosa.pinna@aslogliastra.it

Ufficio Cartelle Cliniche
0782/490304

MAIL: cartelle.cliniche@aslogliastra.it
PEC: cartelle.cliniche@pec.aslogliastra.it



www.aslogliastra.it

DIREZIONE SANITARIA
P.O.U. "Nostra Signora della Mercede"

STAFF DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490310
Ass. Sanitaria Daniela Mulas
Ass. Sanitaria Giuseppe Piras
Ass. Sanitaria Lisa Deiana

SEGRETERIA DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490299
MAIL: presidio.ospedaliero@aslogliastra.it
Ass. Amm. S. Angela Testoria
Ass. Amm. Giada Murru

DIRETTORE SANITARIO P.O.U. ASL OGLIASTRA
Dott. LUIGI FERRAI

PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO
"Nostra Signora della Mercede"
Direzione Sanitaria
via G. Pilia N°1, 08045 – Lanusei (OG)
Centralino tel. 0782/490211 - Direttore tel. 0782/490303
MAIL: luigi.ferrai@aslogliastra.it
PEC: direzione.presidio@pec.aslogliastra.it
Direttore: Dott. Luigi Ferrai

DIREZIONE SANITARIA

6. SISTEMA INFORMATIVO DELLE MALATTIE INFETTIVE E SCHEDE DI NOTIFICA

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.

LANUSEI 30/05/2023

Sistemi Informativi Ospedalieri
Dott.ssa Rosa Pinna
rosa.pinna@aslogliastra.it

Ufficio Cartelle Cliniche
0782/490304

MAIL: cartelle.cliniche@aslogliastra.it
PEC: cartelle.cliniche@pec.aslogliastra.it



DIREZIONE SANITARIA
P.O.U. "Nostra Signora della Mercede"

www.aslogliastra.it

STAFF DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490310
Ass. Sanitaria Daniela Mulas
Ass. Sanitaria Giuseppe Piras
Ass. Sanitaria Lisa Deiana

SEGRETERIA DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490299
MAIL: presidio.ospedaliero@aslogliastra.it
Ass. Amm. S. Angela Testario
Ass. Amm. Giada Murrù

DIRETTORE SANITARIO P.O.U. ASL OGLIASTRA
Dott. LUIGI FERRAI

PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO
"Nostra Signora della Mercede"
Direzione Sanitaria
via G. Pilia N°1, 08045 – Lanusei (OG)
Centralino tel. 0782/490211 - Direttore tel. 0782/490303
MAIL: luigi.ferrai@aslogliastra.it
PEC: direzione.presidio@pec.aslogliastra.it
Direttore: Dott. Luigi Ferrai

DIREZIONE SANITARIA

INDIRIZZI CUI SEGNALARE LE MALATTIE INFETTIVE

Le segnalazioni di malattie infettive sono trasmesse dalla Direzione Ospedaliera al SISP (Servizio di Igiene e Sanità Pubblica).

Gli indirizzi del SISP ASL Ogliastra:

igienepubblica@aslogliastra.it

Tel. 3668116627 - 0782/42973 - 0782/470436

Gli indirizzi del Presidio Ospedaliero "Nostra Signora della Mercede" ASL Ogliastra:

presidio.ospedaliero@aslogliastra.it

Dott. Luigi Ferrai

Tel. 0782/490211 3470365559

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

BIBLIOGRAFIA

Gazzetta Ufficiale del 08/01/1991 Serie Generale n. 6; Allegato 1 art.1

Regione Autonoma della Regione Sardegna Deliberazione n. 7/55 del 12/02/2019

Procedura PR213: Guida alla notifica delle malattie infettive e diffusive, ATS Sardegna, Rev. 0/2021

LANUSEI 30/05/2023

Sistemi Informativi Ospedalieri
Dott.ssa Rosa Pinna
rosa.pinna@aslogliastra.it

Ufficio Cartelle Cliniche
0782/490304

MAIL: cartelle.cliniche@aslogliastra.it
PEC: cartelle.cliniche@pec.aslogliastra.it



www.aslogliastra.it

STAFF DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490310
Ass. Sanitario Daniela Mulas
Ass. Sanitario Giuseppe Piras
Ass. Sanitario Lisa Deiana

SEGRETERIA DIREZIONE SANITARIA
tel. 0782/490299
MAIL: presidio.ospedaliero@aslogliastra.it
Ass. Amm. S. Angela Testoria
Ass. Amm. Giada Murru

DIRETTORE SANITARIO P.O.U. ASL OGLIASTRA
Dott. LUIGI FERRAI

PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO
"Nostra Signora della Mercede"
Direzione Sanitaria
via G. Pilia N°1, 08045 – Lanusei (OG)
Centralino tel. 0782/490211 - Direttore tel. 0782/490303
MAIL: luigi.ferrai@aslogliastra.it
PEC: direzione.presidio@pec.aslogliastra.it
Direttore: Dott. Luigi Ferrai

SEGNALAZIONE DI CASO DI MALATTIA INFETTIVA
MALATTIA: Sospetta Accertata

Barrare la casella che interessa:

- Antrace ☞
- Blenorragia ☒
- Botulismo ☞
- Brucellosi ☒
- Campilobatteriosi ☒
- Colera ☞
- Criptosporidiosi ☒
- Difterite ☞
- Echinocosi ☒
- Encefalite trasmessa da zecche ☒
- Encefaliti virali ☒
- Epatite virale acuta A ☞
- Epatite virale acuta B ☞
- Epatite virale acuta C ☒
- Altre epatiti virali acute ☒
- Febbri emorragiche virali ☞
- Febbre gialla ☞
- Febbre Q ☒
- Febbre ricorrente epidemica ☞
- Febbre tifoide ☒
- Giardiasi ☒
- Influenza con isolamento virale ☞
- Lebbra ☒
- Legionellosi ☒
- Leishmaniosi cutanea ☒
- Leishmaniosi viscerale ☒
- Leptospirosi ☒
- Listeriosi ☒
- Malaria ☒
- Malattia di Creutzfeldt-Jacob ☞
- Malattia da E. coli patogeno ☒
- Malattia di Lyme ☒
- Malattia invasiva da H.influenzae ☞
- Malattia invasiva da meningococco ☞
- Malattia invasiva da pneumococco ☒
- Meningite batterica n.s. ☞
- Morbillo ☞
- Paratifo ☒
- Parotite ☒
- Pediculosi ☒
- Pertosse ☒
- Peste ☞
- Poliomielite ☞
- Psittacosi/Ornitosi ☒
- Rabbia ☞
- Rickettsiosi ☒
- Rosolia ☒
- Rosolia congenita ☒
- Salmonellosi ☒
- SARS ☞
- Scabbia ☒
- Scarlattina ☒
- Shigellosi ☒
- Sifilide ☒
- Tetano ☞
- Tifo esantematico ☞
- Tossinfezione alimentare ☞
- Toxoplasmosi ☒
- Trichinosi ☞
- Tubercolosi extrapolmonare ☒
- Tubercolosi polmonare ☒
- Tularemia ☒
- Yersinosi ☒
- Vaiolo ☞
- Varicella ☒
- Altro (specificare) ☒

DATI RELATIVI AL PAZIENTE

Cognome/Nome:

Data di nascita |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

 Sesso: F M

Comune di nascita:

Domicilio: Via

Comune:

Recapito Telefonico:

Professione:

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

Inizio sintomi: Data |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_| Comune

 Viaggi/soggiorno all'estero: sì, spec.

 Ricovero ospedaliero: sì, spec.

 Gravidanza: sì Specificare, età gestazionale: settimana |_|_|

 Precedentemente vaccinato: sì no non so

Criteri di diagnosi:
 Clinica

 Sierologia

 Esame microscopico/istologico

 Esame colturale

 Biologia molecolare

 Altro

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

 Altri casi di malattia potenzialmente correlati? sì no non so

Commenti:

DATI RELATIVI AL MEDICO (accettabile anche un timbro)

Cognome e nome:

N° telefonico: Data |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

Firma del medico:

COME SEGNALARE ALL'IGIENE PUBBLICA

(tramite la direzione medica di presidio o direttamente all' Igiene pubblica)

 ☞ Segnalazione **Immediata** per esigenze di profilassi (al massimo entro 12 ore)

telefono Direzione Medica di Presidio: 0782/490211

telefono Igiene Pubblica: 3668116627

 Segnalazione per email (di norma non oltre le 48 ore):

presidio.ospedaliero@aslogliastra.it

igienepubblica@aslogliastra.it

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:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 001 Colera | <input type="checkbox"/> 045 Poliomielite | <input type="checkbox"/> 005 Botulismo | <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. _____

SCHEDA DI DENUNCIA OBBLIGATORIA DI MALATTIA INFETTIVA - Classe II

Regione _____ Provincia _____

Comune _____ USL _____

Caso di _____
compilare per esteso il nome della malattia CRITERIO 1 2 3 4

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 |
| <input type="checkbox"/> 090 Sifilide | (diverse da Tifo Esantematico) |
| <input type="checkbox"/> 021 Tularemia | <input type="checkbox"/> 098 Blenorragia |

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 contagio²⁾ _____

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

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

Ricapito _____ Tel. _____

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

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

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

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

CRITERI DIAGNOSTICI

Ha avuto diagnosi di tubercolosi in passato? si _____ mese _____ anno no non noto
Classificazione in relazione a precedenti trattamenti:
 nuovo caso paziente mai trattato per TBC
 recidiva paziente trattato per TBC in passato e dichiarato guarito
Agente eziologico (solo casi con coltura positiva)
 M. tuberculosis complex Micobatterio non tubercolare
 M. tuberculosis
 M. bovis _____ specificare
 M. africanum
Diagnosi basata su: (rispondere a tutte le voci)
Esame colturale escreato positivo negativo non effettuato non noto
Esame colturale altro materiale positivo negativo non effettuato non noto se positivo, specificare il tipo di materiale
Esame diretto escreato positivo negativo non effettuato non noto
Esame diretto altro materiale positivo negativo non effettuato non noto se positivo, specificare il tipo di materiale
(inclusi esami istologici ricerca micobatteri)
Clinica positivo negativo non noto
Mantoux positivo negativo non effettuato non noto
Rx torace/ Esami strumentali positivo negativo non effettuato non noto
Risposta alla terapia antitubercolare positivo negativo non noto
- Riconcontro autoptico di TB attiva positivo negativo non effettuato non noto
Sede anatomica (la localizzazione polmonare deve essere barrata sempre anche se secondaria o disseminata)
 polmonare/trachea/bronchi
 extrapolmonare 1. _____ ICD IX _____
2. _____ ICD IX _____
 disseminata (più di 2 localizzazioni, miliare, isolamento da sangue)

Timbro e firma di chi ha compilato la notifica

Data notifica

_____ / _____ / _____
gg m a

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 _____
gg mm aa

Recapito: _____ Tel. _____

**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: _____

Allegato 1

SCHEMA 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)

Diagnosi di laboratorio

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

Email: _____@_____

Ospedale/laboratorio: _____

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

Diagnosi eseguita (test positivi) su:

<i>Neisseria meningitidis</i>			
<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
<i>Streptococcus pneumoniae</i>			
<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
<i>Haemophilus influenzae</i>			
<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
<i>Qualunque altro agente causante meningite batterica</i>			
<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: <input type="checkbox"/> al momento della segnalazione <input type="checkbox"/> a 14 gg <input type="checkbox"/> 1 mese <input type="checkbox"/> a 6 mesi			
<input type="checkbox"/> guarito	<input type="checkbox"/> deceduto	<input type="checkbox"/> ancora in trattamento	

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

Ultimo aggiornamento: <input type="checkbox"/> al momento della segnalazione <input type="checkbox"/> a 14 gg <input type="checkbox"/> 1 mese <input type="checkbox"/> a 6 mesi	
<input type="checkbox"/> Perdita anche parziale dell'udito	
<input type="checkbox"/> Perdita anche parziale della vista	
<input type="checkbox"/> Danni neurologici compresi quelli motori	
<input type="checkbox"/> Amputazioni	
<input type="checkbox"/> Necrosi e cicatrici a livello cutaneo	
<input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (confermato) <input type="checkbox"/> Sì (sospetto)	
Probabile contagio fuori dall'area di domicilio abituale?	
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì Se, sì, dove: _____
Il caso fa parte di un focolaio epidemico conosciuto?	
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì Se, sì, quale _____
Comunità frequentate:	
<input type="checkbox"/> Nido	<input type="checkbox"/> Scuola materna <input type="checkbox"/> Scuola <input type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/> Caserma
<input type="checkbox"/> 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 (_____) | |

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="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <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="checkbox"/>	1°: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2°: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> <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"/>	Altro Test, specificare <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <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? Si No

ROSOLIA				
Tipo di Esame		Data raccolta campione	Esito	Tipo di campione
<input type="checkbox"/>	Ricerca IgM 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"/>	Ricerca IgG* Elisa <input type="checkbox"/> Altro _____	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"/>	PCR	_____	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"/>	Altro Test* , 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"/>	Genotipizzazione	_____: 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: Si No **Data invio:** _____

Invio campione al Laboratorio Regionale: Si No **Data invio:** _____

Invio campione al Laboratorio Nazionale: Si No **Data invio:** _____

ESITO E COMPLICANZE

Complicanze:

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

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: Si 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: |_____|

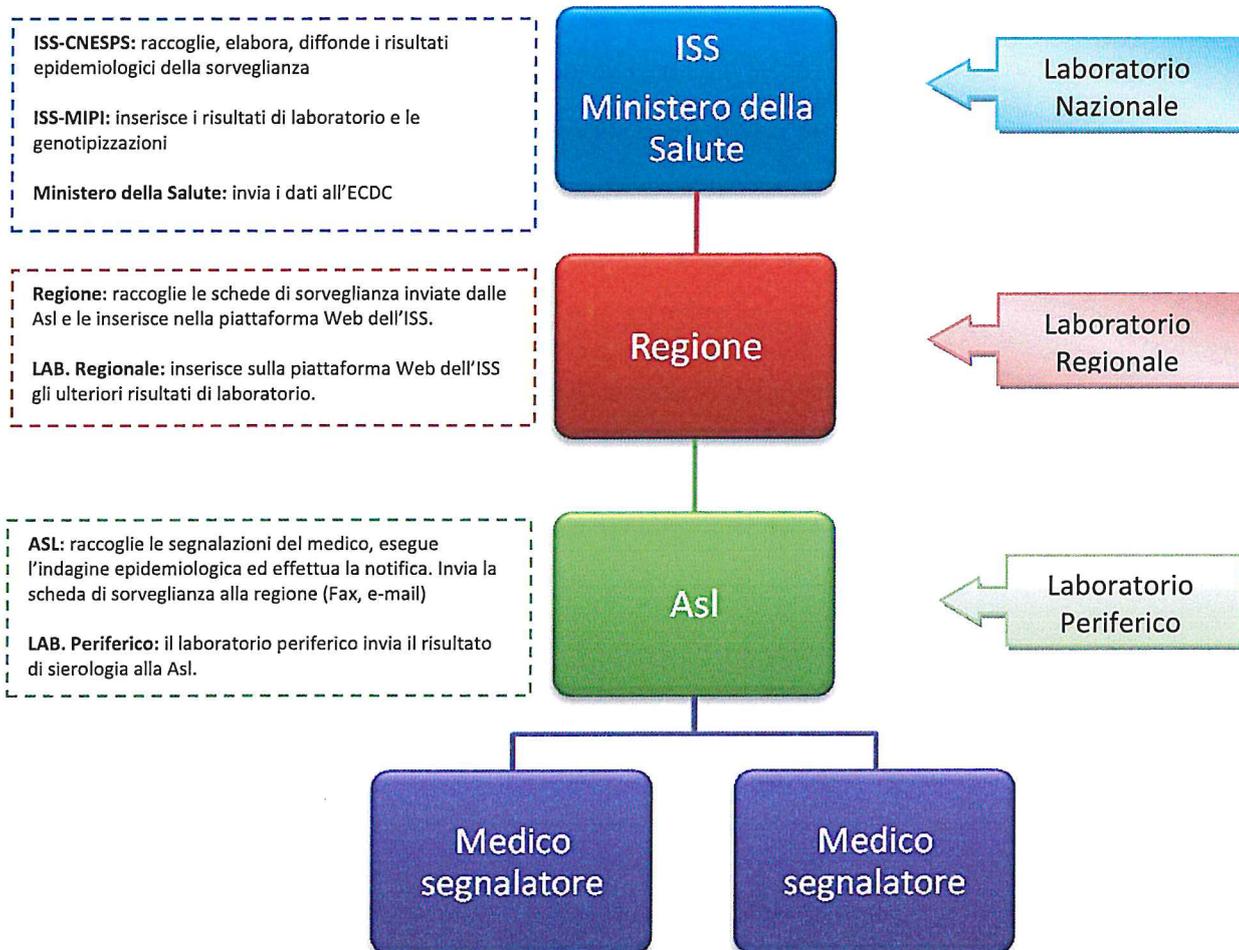
CLASSIFICAZIONE DEL CASOCaso di: MORBILLO ROSOLIA NON casoClassificazione finale del caso: Possibile Probabile ConfermatoCaso: Importato Autoctono: correlato ad un caso importato Autoctono: correlato ad un caso autoctono Autoctono: fonte non nota**DATI DEL COMPILATORE**

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
- Per gli aspetti epidemiologici: cnesps.morbillo@iss.it
- Per gli aspetti della piattaforma Web: cnesps.web@iss.it

Inviare a:
 Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Regione, Autorità sanitaria locale Mod.15 - Sanità Pubblica - modificato
 Classe III

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

IMPORTATA INDOTTA AUTOCTONA

REGIONE _____	PROVINCIA _____
COMUNE _____	COD.ASL _____

Sezione A

COGNOME _____	NOME _____	SESSO <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

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

Assessorato Sanità Regionale
 Autorità Sanitaria Locale

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

Data

Ospedale Notificante _____

Cognome Nome del paziente _____

Data di nascita

Sesso M F

Indirizzo di residenza _____

Data Insorgenza sintomi

Data Ricovero Ospedaliero

Data Dimissione

Esito: Miglioramento/Guarigione Decesso Non noto

Diagnosi clinica

segni di polmonite focale rilevabili all'esame clinico SI NO

esame radiologico suggestivo di interessamento polmonare SI NO

Diagnosi di laboratorio

Isolamento del germe SI NO

Se sì, specificare da quale materiale biologico _____

specie e siero gruppo identificati _____

Sierologia SI NO

1° siero: n. gg da inizio sintomi _____ titolo _____ specie e sg _____

2° siero: n. gg da inizio sintomi _____ titolo _____ specie e sg _____

Rilevazione antigene urinario Pos Neg Non eseguita Data

Immunofluorescenza diretta Pos Neg Non eseguita Data

Biologia molecolare (PCR) Pos Neg Non eseguita Data

(metodo non ancora validato)

Fattori di rischio

Abitudine al fumo SI NO da quanto tempo _____ quantità

Abitudine all'alcool SI NO quantità _____

Malattie concomitanti SI NO Specificare _____

Trapianto d'organo SI NO Specificare _____

In terapia con corticosteroidi o immunosoppressori: SI NO

Attività lavorativa

Mansione _____

Nome dell'azienda _____ Indirizzo _____

con esposizione professionale ad acqua aerosolizzata SI NO NON NOTO

con utilizzo della doccia SI NO NON NOTO

in luoghi con presenza di torri di raffreddamento SI NO NON NOTO

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

--	--	--	--

Occupazione al momento del concepimento: operatore sanitario operatore scolastico altro

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

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

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

Caratteristiche cliniche della malattia:
 Si No Non Noto

esantema maculo papulare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	se SI, data comparsa esantema ____/____/____ (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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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	<input type="checkbox"/>
Identificazione acido nucleico del virus della rosolia (RT-PCR)	<input type="checkbox"/>
Presenza IgM specifiche	<input type="checkbox"/>
IgG specifiche (sieroconversione o aumento del titolo di almeno 4 volte)	<input type="checkbox"/>
Test avidità IgG (avidità bassa)	<input type="checkbox"/>
Immunoblotting	<input type="checkbox"/>

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

Se SI, specificare a che settimana di età gestazionale

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

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

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

Sezione 4 - ESAMI DI LABORATORIO NEL BAMBINO

(effettuati per confermare/escludere la diagnosi)

Ricerca degli anticorpi IgM rosolia-specifici		Non effettuato <input type="checkbox"/>	Se effettuato:	
Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Metodo	Risultato
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	ELISA <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>
saliva <input type="checkbox"/>		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	altro <input type="checkbox"/> _____	negativo <input type="checkbox"/>
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		altro <input type="checkbox"/> specificare _____		dubbio <input type="checkbox"/>
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	ELISA <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>
saliva <input type="checkbox"/>		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	altro <input type="checkbox"/> _____	negativo <input type="checkbox"/>
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		altro <input type="checkbox"/> specificare _____		dubbio <input type="checkbox"/>
Ricerca anticorpi IgG rosolia-specifici		Non effettuato <input type="checkbox"/>	Se effettuato:	
Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Metodo e valori di riferimento	Risultato
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
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 _____		
Genotipizzazione				
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 _____

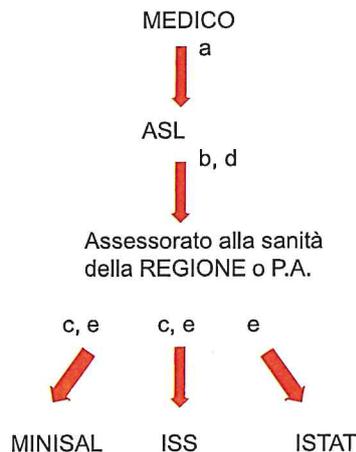
NOTE PER LA NOTIFICA

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

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

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 flavivirus:

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 sì, data inizio febbre | | | | | (gg/mm/aaaa)

Manifestazione clinica:

Encefalite Meningite Poliradiculoneurite (Sindrome di Guillain Barrè atipica) Paralisi flaccida acuta

Altro (specificare) _____

9. Presenza di condizioni di rischio preesistenti: S N

se sì, 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) che all'ISS (fax 06 44232444 email: sorveglianza.epidemiologia@pec.iss.it).

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:	Si No Non Noto
esantema maculopapulare	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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

Ricerca degli anticorpi IgM rosolia-specifici Non effettuato

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"/> _____	negativ <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"/>

Ricerca anticorpi IgG rosolia-specifici

Non effettuato

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 _____		

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 _____		

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 _____		

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 _____		

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

Test avidità IgG specifiche

Non effettuato

Se effettuato:

Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Risultato
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 _____	

ImmunoBlotting

Non effettuato

Se effettuato:

Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Risultato
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 _____	

Isolamento virale da liquidi biologici

Non effettuato

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 _____	

Identificazione del genoma virale (RT-PCR)

Non effettuato

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 _____	

Genotipizzazione

Si No Ceppo _____

Sezione 4 - ESITO DELLA GRAVIDANZA

Nato vivo Nato morto
Interruzione volontaria (Settimane età gestazionale) |__|__| Aborto spontaneo (Settimane età gestazionale) |__|__|

Sezione 5 - CLASSIFICAZIONE DEL CASO

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

Possibile Probabile Confermato

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

Possibile Probabile Confermato No rosolia Non classificabile

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

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

Note: _____

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

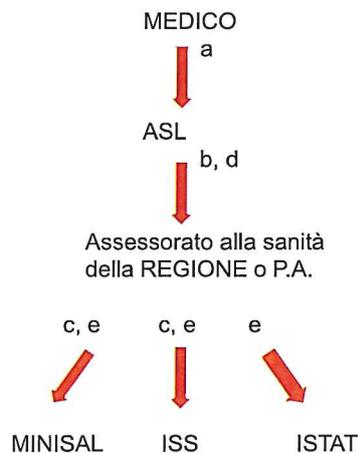
recapito _____ telefono _____ fax _____ e-mail _____

NOTE PER LA NOTIFICA

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

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

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



a = segnalazione (entro 2 giorni)

b = scheda di notifica

c = schede di notifica (cadenza mensile)

d = riepilogo mensile per ASL

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

Contatti:

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

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

SCHEMA DI NOTIFICA 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 notoGravidanza 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 |__|__|__|

	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 \geq 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; - ISS CNESPS Reparto Epidemiologia delle Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità, via fax 06 44232444 o via mail a 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/ mm^3), emoconcentrazione (un incremento $\geq 20\%$ superiore alla media per l'età o una riduzione dell'ematokrito $\geq 20\%$ 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 ≥ 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

Scheda di segnalazione di cluster autoctono di Dengue/Chikungunya

Regione/PP.AA _____ Azienda sanitaria _____

Cluster autoctono accertato sospetto

di Dengue
 Chikungunya

che ha coinvolto persone esposte (residenti/domiciliate; presenti per lavoro, studio, ecc.) nel/i
Comune/i di:

1) _____

2) _____

3) _____

Numero di casi alla data di segnalazione _____, di cui ricoverati in ospedale _____

Data insorgenza del primo caso noto __/__/____ Comune di _____

Data insorgenza dell'ultimo caso noto __/__/____ Comune di _____

I casi hanno coinvolto comunità/collettività? sì no

se sì, specificare _____, _____

N. di casi per i quali è stato inviato almeno un campione biologico al lab. di riferimento ___

Indicare a quale laboratorio di riferimento: nazionale c/o ISS regionale c/o _____

L'area geografica interessata dai casi è sottoposta a sorveglianza entomologica? sì no

È stata attivata la procedura per le attività di disinfestazione nel/i Comune/i interessati? sì no

Nel caso il cluster sia accertato:

a) è stata identificata una correlazione epidemiologica con un caso importato? sì no

se sì, indicare il luogo (Stato) di contagio _____ e la data di
 inizio sintomi __/__/____ del caso indice;

b) è stata effettuata la disinfestazione straordinaria attorno al domicilio o ad altri luoghi frequentati
 dai casi autoctoni? sì no

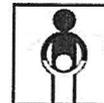
NOTE: _____

Data di segnalazione __/__/____ Operatore sanitario _____

Recapito _____ tel. _____

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 ___/___/___ IPV OPV II dose ___/___/___ IPV OPV III dose ___/___/___ IPV OPV IV dose ___/___/___ IPV OPV

Nel più breve tempo possibile vanno inviati al laboratorio di riferimento:

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

data I prelievo di feci ___/___/___ data II prelievo di feci ___/___/___

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

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

Medico responsabile della notifica _____

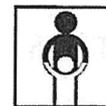
Tel _____ fax _____ E-mail _____

La presente scheda va inviata via fax contemporaneamente a:

Ministero della Salute	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

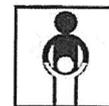
Medico responsabile della notifica _____

La presente scheda va inviata via fax contemporaneamente a:

Ministero della Salute	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



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 (da neoplasia, ascesso, ematoma)	<input type="checkbox"/> specificare _____
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	Fax 06 49902082	.....
Fax 06 59943096		

SCHEMA 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.			
	<small>Stato Estero/Comune</small>	<small>data inizio</small>	<small>data fine</small>

 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 sì: 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 sì, 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"/>					
Artralgie	<input type="checkbox"/>					
Rash	<input type="checkbox"/>					
Astenia	<input type="checkbox"/>					
Artrite	<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 |__|__|__|

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

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:

non sensibilit  (R/I) a imipenem e/o meropenem

conferma fenotipica della produzione di carbapenemasi:

conferma genotipica della produzione di carbapenemasi:

Produzione di carbapenemasi

KPC

Metallo-enzima

altro (specificare): _____

KPC

VIM

NDM

OXA-48

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 _____)

