

# 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<br><input type="checkbox"/> | Studente<br><input type="checkbox"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Ospedale                                          | Personale Sanitario<br><input type="checkbox"/>  | Ricoverato<br><input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Struttura recettiva                               | Personale Struttura<br><input type="checkbox"/>  | Ospite<br><input type="checkbox"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Altro, <i>specificare</i><br><input type="text"/> | Personale Struttura<br><input type="checkbox"/>  | Ospite<br><input type="checkbox"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Campo nomadi                                      |                                                  |                                        | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

#### STATO VACCINALE

Precedente vaccinazione contro il morbillo: ☐ Si ☐ No ☐ Non ricordo

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

Vaccinazione contro il morbillo verificata da certificato vaccinale: ☐ Si ☐ No

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

se sì, Data ultima dose:

Vaccinazione contro la rosolia verificata da certificato vaccinale: ☐ Si ☐ No

#### DATI CLINICI

Comune insorgenza sintomi:

Esantema maculo papulare: ☐ Si ☐ No Data comparsa esantema:

Febbre: ☐ Si ☐ No Data comparsa febbre:

Altri sintomi:

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

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

(adenopatia cervicale, suboccipitale, retroauricolare)

Altri sintomi, specificare:

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

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

#### CONFERMA DI LABORATORIO

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

| MORBILLO                 |                                                                                                       |                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tipo di Esame            |                                                                                                       | Data raccolta campione                               | Esito                                                                                                                                                     | Tipo di campione                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> | Ricerca IgM<br><input type="checkbox"/> Elisa<br><input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>  | <input type="text"/>                                 | Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/><br>Borderline/Indeterminato <input type="checkbox"/>                                            | <input type="checkbox"/> Siero o Sangue<br><input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali<br><input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>                                   |
| <input type="checkbox"/> | Ricerca IgG*<br><input type="checkbox"/> Elisa<br><input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/> | 1°: <input type="text"/><br>2°: <input type="text"/> | Pos <input type="checkbox"/> Solo se aumento di 4 volte del titolo anticorpale o Sieroconversione<br>Neg <input type="checkbox"/> In tutti gli altri casi | <input type="checkbox"/> Siero o Sangue<br><input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali<br><input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>                                   |
| <input type="checkbox"/> | PCR                                                                                                   | <input type="text"/>                                 | Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Siero o Sangue<br><input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali<br><input type="checkbox"/> Urine<br><input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Altro Test, specificare<br><input type="text"/>                                                       | <input type="text"/>                                 | Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Siero o Sangue<br><input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali<br><input type="checkbox"/> Urine<br><input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Genotipizzazione                                                                                      | Ceppo: <input type="text"/>                          |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                    |

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

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

| ROSOLIA                  |                                                                                                              |                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tipo di Esame            |                                                                                                              | Data raccolta campione                               | Esito                                                                                                                                                     | Tipo di campione                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> | <b>Ricerca IgM</b><br><input type="checkbox"/> Elisa<br><input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>  | <input type="text"/>                                 | Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/><br>Borderline/Indeterminato <input type="checkbox"/>                                            | <input type="checkbox"/> Siero o Sangue<br><input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali<br><input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>                                   |
| <input type="checkbox"/> | <b>Ricerca IgG*</b><br><input type="checkbox"/> Elisa<br><input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/> | 1°: <input type="text"/><br>2°: <input type="text"/> | Pos <input type="checkbox"/> Solo se aumento di 4 volte del titolo anticorpale o Sieroconversione<br>Neg <input type="checkbox"/> In tutti gli altri casi | <input type="checkbox"/> Siero o Sangue<br><input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali<br><input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>                                   |
| <input type="checkbox"/> | <b>PCR</b>                                                                                                   | <input type="text"/>                                 | Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Siero o Sangue<br><input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali<br><input type="checkbox"/> Urine<br><input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | <b>Altro Test*</b> , specificare<br><input type="text"/>                                                     | <input type="text"/>                                 | Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Siero o Sangue<br><input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali<br><input type="checkbox"/> Urine<br><input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | <b>Genotipizzazione</b>                                                                                      | Ceppo: <input type="text"/>                          |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                    |

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

Invio campione al Laboratorio Periferico: ☐ Si ☐ No Data invio:

Invio campione al Laboratorio Regionale: ☐ Si ☐ No Data invio:

Invio campione al Laboratorio Nazionale: ☐ Si ☐ No Data invio:

#### ESITO E COMPLICANZE

##### Complicanze:

|                            |                                                         |                                         |                                                         |
|----------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| otite                      | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | cherato-congiuntivite                   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| polmonite                  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | laringotracheobronchite (croup)         | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 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 <input type="text"/> |                                                         |

**Esito:** ☐ Guarigione ☐ Decesso ☐ Reliquati ☐ Perso al follow-up

se decesso, **Data:**  **Causa:**

se reliquati, **Quali:**

#### RICOVERO

**Ricovero:** ☐ No ☐ No, solo visita Pronto Soccorso ☐ Si

**Data di Ricovero:**  **Data di Dimissione:**

#### ORIGINE DEL CONTAGIO

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

se si, dove: ☐ Italia, specificare **Regione:**

☐ Estero, specificare **Nazione:**

Quando, da: | | | | a: | | | |

Il caso fa parte di un focolaio? ☐ Si ☐ No se si, indicare il focolaio: | | | |  
Il paziente è stato a contatto con un altro caso confermato di morbillo (entro 7-18 giorni) o di rosolia (entro 12-23 giorni) prima dell'esordio dell'esantema? ☐ Si, morbillo ☐ Si, rosolia ☐ No

se si, indicare il Cognome e Nome del contatto: | | | |

il contatto è un caso importato? ☐ Si ☐ No

se si, da quale nazione? | | | |

In quale comunità è avvenuto il contatto:

☐ Famiglia ☐ Scuola ☐ Ospedale ☐ Campo nomadi  
☐ Struttura recettiva ☐ Pronto Soccorso/Sala d'attesa medico  
☐ Altro, specificare: | | | |

In quale località è avvenuto il contatto:

☐ Nella regione di residenza  
☐ In altra regione: dove: | | | |  
☐ All'estero: dove: | | | |  
☐ Non so

#### CONTATTI CON DONNE IN GRAVIDANZA

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

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

#### CLASSIFICAZIONE DEL CASO

Caso di: ☐ MORBILLO ☐ ROSOLIA ☐ NON caso

Classificazione finale del caso: ☐ Possibile ☐ Probabile ☐ Confermato

Caso: ☐ Importato ☐ Autoctono: correlato ad un caso importato  
☐ Autoctono: correlato ad un caso autoctono  
☐ Autoctono: fonte non nota

#### DATI DEL COMPILATORE

Cognome e Nome: | | | | Recapito Telefonico: | | | |

Note: | | | |

Data di notifica alla Regione: | | | |