

Allegato 1

SCHEDA DI SEGNALAZIONE

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

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

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

Dati relativi compilatore

Regione: _____

Data compilazione: ____/____/____

Ospedale: _____

Comune: _____

Segnalato da: Sig/Dr: _____

Telefono: ____/____/____ Fax: ____/____/____

E-mail: _____@_____

Dati del paziente:

Nome: _____ Cognome: _____

Sesso: ☐M ☐F Data di nascita: ____/____/____ Comune di residenza: _____

Codice fiscale o STP: _____ Nazionalità: _____

Data inizio sintomi: ____/____/____ Comune inizio sintomi: _____ Provincia: _____

Quadro Clinico: ☐sepsi ☐meningite ☐polmonite batteriemia ☐cellulite ☐epiglottite
(anche più di uno)

☐peritonite ☐pericardite ☐artrite settica/osteomielite

Ricoverato: ☐Sì ☐No se sì Data di Ricovero ____/____/____

Agente eziologico:

☐Neisseria meningitidis ☐Streptococcus pneumoniae ☐Haemophilus influenzae

Altro agente eziologico causante meningite batterica:

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

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

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

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

☐ SI ☐ NO se SI siero gruppo/sierotipo _____

In quale laboratorio è stata effettuata?

☐ Laboratorio Riferimento regionale

☐ Altro, specificare (_____)

Esito conosciuto della malattia dalla data di segnalazione:Ultimo aggiornamento: ☐ al momento della segnalazione ☐ a 14 gg ☐ 1 mese ☐ a 6 mesi☐ guarito☐ deceduto☐ ancora in trattamento**Sequela dalla data di segnalazione (solo se mal. invasiva da *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, *H. influenzae*):**Ultimo aggiornamento: ☐ al momento della segnalazione ☐ a 14 gg ☐ 1 mese ☐ a 6 mesi☐ Perdita anche parziale dell'udito☐ Perdita anche parziale della vista☐ Danni neurologici compresi quelli motori☐ Amputazioni☐ Necrosi e cicatrici a livello cutaneo☐ Altro, specificare (_____)**Contatti e focolaio epidemico (solo se malattia batterica invasiva da *N. meningitidis* o *H. influenzae*):**

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

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

Probabile contagio fuori dall'area di domicilio abituale?

☐ No ☐ Si Se, sì, dove: _____

Il caso fa parte di un focolaio epidemico conosciuto?

☐ No ☐ Si Se, sì, quale _____

Comunità frequentate:

☐ Nido☐ Scuola materna☐ Scuola☐ Ospedale☐ Caserma☐ Altra comunità _____

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

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

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

N. della dose	Data somministrazione	Nome commerciale

Note relative alla vaccinazione:

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

Fattori predisponenti malattie batteriche invasive:

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