

PROTOCOLLO PER LA SORVEGLIANZA NAZIONALE DELLA PERTOSSE IN ITALIA

SCHEDA DI SEGNALAZIONE

Dati relativi al compilatore

Regione _____

Data compilazione ____/____/____

Ospedale _____

Comune _____

Segnalato da: Sig/Dr _____

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

E-mail _____@_____

Dati del paziente

ID: _____

Sesso: ☐ M ☐ F Data di nascita: ____/____/____

Nazionalità: _____

Comune di residenza _____

Provincia _____

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

Provincia _____

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

Stato vaccinale del caso di pertosse

Vaccinato per pertosse? ☐ No ☐ Sì, regolarmente o parzialmente ☐ Informazione non disponibile

Se "Sì regolarmente o parzialmente", compilare

Numero dosi: _____ Data somministrazione ultima dose: ____/____/____

Nome commerciale vaccino: _____

Note relative alla vaccinazione: _____

SE NEONATO: Vaccinazione antipertosse madre ☐ sì ☐ no

data della vaccinazione: _____

Familiarità (per pazienti inferiori a 5 anni)*Asma*Madre ☐no ☐siPadre ☐no ☐siFratelli/sorelle (n°____.) ☐no ☐si*Rinocongiuntivite e/o eczema*Madre ☐no ☐siPadre ☐no ☐siFratelli/sorelle (n°____.) ☐no ☐si*Fumo di sigaretta*Madre ☐no ☐siPadre ☐no ☐siAltri conviventi (n°____.) ☐no ☐si**Sintomi**Tosse ☐sì ☐no dal (inserire data in gg/m/anno/)Parossismi ☐sì ☐no dalUrlo inspiratorio ☐sì ☐no dalVomito post tussivo ☐sì ☐no dalConvulsioni ☐sì ☐no dalPolmonite ☐sì ☐no dalEncefalopatia acuta ☐sì ☐no dalRinite ☐sì ☐no dalApnea ☐sì ☐no dalDispnea ☐sì ☐no dalDifficoltà ad alimentarsi ☐sì ☐no dalOtite ☐sì ☐no dal**Terapia per il caso di pertosse**Antibiotico ☐no ☐si

Tipo di antibiotico _____ Dosaggio _____ dal ____/____/____ al ____/____/____

Tipo di antibiotico _____ Dosaggio _____ dal ____/____/____ al ____/____/____

Altro ☐no ☐si

Tipo di terapia _____ Dosaggio _____ dal ____/____/____ al ____/____/____

Tipo di terapia _____ Dosaggio _____ dal ____/____/____ al ____/____/____

Classificazione del caso: possibile ☐ probabile ☐ confermato ☐**Tipo di caso:** sporadico ☐ focolaio ☐