

## **2. La modulistica**

Il sistema di notifica obbligatoria delle malattie infettive (SIMI) consente di definire e confrontare fra le diverse ASL e con le altre regioni o i diversi Paesi, l'incidenza delle malattie infettive.

L'analisi epidemiologica condotta sui dati rilasciati dal sistema SIMI si limita però allo studio dell'andamento nel tempo della malattia o all'analisi di alcuni possibili determinanti come l'età, il sesso o la residenza dei soggetti colpiti.

Nel caso di alcune malattie infettive, come ad esempio le epatiti virali, la tubercolosi o altre malattie meno frequenti è importante per l'analisi epidemiologica conoscere i fattori di rischio o, nel caso delle meningiti batteriche, il quadro clinico.

Al fine di poter soddisfare questi bisogni conoscitivi ed attivare una efficace azione preventiva è importante compilare, oltre alle schede del sistema SIMI, anche quelle relative alle sorveglianze speciali predisposte dalle autorità competenti ed assolvere con puntualità i debiti informativi verso le istituzioni centrali.

Di seguito vengono elencati i moduli che devono essere correttamente compilati per un'attenta azione di sorveglianza da parte dei medici competenti.



Da inviare a Regione - Ministero - ISS

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

Regione \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

USL \_\_\_\_\_

Caso di \_\_\_\_\_  
compilare per esteso il nome della malattia

**Barrare la casella corrispondente:**

ICD-9	ICD-9	ICD-9	ICD-9
<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 Differite	<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 \_\_\_\_\_

Ricovero in luogo di cura  Sì  No Se esistente vaccino nei confronti della malattia indicare:  
 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 \_\_\_\_\_ CRITERIO 1 2 3 4<sup>1)</sup>  
compilare per esteso il nome della malattia

Barrare la casella corrispondente

ICD-9

- 023 Brucellosi
- 002.0 Febbre tifoide
- 003 Altre salmonellosi
- 034.1 Scarlattina
- 055 Morbillo
- 072 Parotite epidemica
- 033 Pertosse
- 056 Rosolia
- 052 Varicella
- 036 Meningite meningococcica
- 090 Sifilide
- 021 Tularemia

ICD-9

- 100 Leptosirosi
- 073 Ornitosi
- 085 Leishmaniosi cutanea
- Leishmaniosi viscerale
- 070.1 Epatite A
- 070.3 Epatite B
- 070.9 Epatite NANB
- 070. Epatite virale non spec.
- 482.8 Legionellosi
- Rickettsiosi  
(diverse da Tifo Esantematico)
- 098 Biancorragia

#### 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  Si  No      Se sì, specificare dove \_\_\_\_\_

Comune presunto del contagio<sup>2)</sup> \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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

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



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

TUBERCOLOSI  
 MICOBATTERIOSI NON TUBERCOLARE

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

**DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE**

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

**CRITERI DIAGNOSTICI**

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

**Classificazione in relazione a precedenti trattamenti:**

- nuovo caso paziente mai trattato per TBC  
 recidiva paziente trattato per TBC in passato e dichiarato guarito

**Agente eziologico** (solo casi con coltura positiva)

- M. tuberculosis complex  Micobatterio non tubercolare  
 M. tuberculosis  
 M. bovis \_\_\_\_\_ 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  
Riscontro 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

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_



### 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. \_\_\_\_\_



## SEGNALAZIONE CASO DI BOTULISMO

ALIMENTARE  
 INFANTILE  
 DA FERITA

La presente scheda va compilata a cura del Servizio di Igiene Pubblica dell'Unità Sanitaria Locale in cui sia stato diagnosticato un caso di botulismo. Il Serv. Ig. Pub. dovrà avvalersi delle informazioni registrate sulla cartella clinica o raccolte presso il medico che ha diagnosticato il caso.

La scheda va compilata in stampatello in ogni sua parte e va inviata al Ministero della Sanità, Dip. degli Alimenti e Nutrizione e della Sanità Pubblica Veterinaria, Ufficio Centrale Vigilanza, piazza Marconi 1, 00144 Roma. Copie della scheda vanno inviate all'Istituto Superiore di Sanità - Laboratorio Alimenti, viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma, e al Dipartimento Prevenzione e Farmaci.

Per eventuali informazioni rivolgersi alla Dip. degli Alimenti e Nutrizione e della Sanità Pubblica Veterinaria Tel. 06/5994 3556 - 3207, oppure all'Istituto Superiore di Sanità, Lab. Alimenti Tel. 06/4990 2254 - 2319.

Regione _____	Provincia _____
Comune _____	USL _____
ENTE OSPEDALIERO _____	REPARTO _____
INDIRIZZO _____	

### DATI ANAGRAFICI

Cognome _____	Nome _____	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Residenza (Se non coincide con il domicilio abituale compilare anche la rga successiva)		
Domicilio abituale _____		
Occupazione _____		
Età compiuta all'inizio della malattia:		
< 1 anno. Da 00 a 11 mesi <input type="checkbox"/>	≥ 1 anno. Da 1 a 99 anni <input type="checkbox"/>	> 99 indicare sempre 99
Data inizio primi sintomi: <input type="checkbox"/> gg <input type="checkbox"/> mm <input type="checkbox"/> aa	Comune inizio primi sintomi _____	

### FONTE DI CONTAGIO

ALIMENTO SOSPETTO: _____	
<input type="checkbox"/> DI PRODUZIONE INDUSTRIALE	<input type="checkbox"/> DI PRODUZIONE CASALINGA
E' DI CONSUMO ABITUALE?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
SE SI TRATTA DI CONSERVE ALIMENTARI, SONO STATE COTTE PRIMA DEL CONSUMO?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
I CARATTERI ORGANOLETTICI ERANO ALTERATI?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
INGERITO QUANTO TEMPO PRIMA DELLA COMPARSA DEI SINTOMI?	ore <input type="checkbox"/>
ALTRO ALIMENTO SOSPETTO: _____	
SPECIFICARE	
BOTULISMO INFANTILE <input type="checkbox"/>	BOTULISMO DA FERITA <input type="checkbox"/>

**ALTRE PERSONE CHE HANNO CONSUMATO L'ALIMENTO SOSPETTO**

TOTALE N°

PERSONE CON SINTOMI N°

**DATI CLINICI**

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

- |   |  |                                      |  |
|---|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> DIPLOPIA                   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> CONVULSIONI | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> DISFAGIA                   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> NAUSEA      | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> SECCHIZZA DELLE FAUCI      | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> VOMITO      | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> INSUFFICIENZA RESPIRATORIA | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> CEFALEA     | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> STIPSI                     | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> COMA        | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> PARALISI FACCIALE          | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ALTRI       | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

**DIAGNOSI STRUMENTALE**

- ELETTROMIOGRAFIA    Referto: \_\_\_\_\_
- ALTRI .....    Referto: \_\_\_\_\_

**DECORSO**

DATA DI RICOVERO

E' STATO IMPIEGATO SIERO ANTIBOTULINICO? Si  No  SE SI, QUANTO TEMPO DOPO L'ESORDIO? ore

POLIVALENTE  MONOSPECIFICO

QUANTE UNITA'

ALTRE TERAPIE? Si  No

SE SI, QUALI? \_\_\_\_\_

**RICERCA DELLA TOSSINA**

**ESEGUITA SU:**

- |                   |   |           |   |             |
|-------------------|---|-----------|---|-------------|
| SIERO             | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | risultato | Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> | Tipo: _____ |
| FECI              | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | risultato | Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> | Tipo: _____ |
| REPERTI AUTOPTICI | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | risultato | Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> | Tipo: _____ |
| ALIMENTI          | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | risultato | Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> | Tipo: _____ |

**RICERCA DI CLOSTRIDI PRODUTTORI DI TOSSINA**

**ESEGUITA SU:**

- |                   |   |           |   |             |
|-------------------|---|-----------|---|-------------|
| FECI              | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | risultato | Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> | Tipo: _____ |
| REPERTI AUTOPTICI | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | risultato | Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> | Tipo: _____ |
| ALIMENTI          | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | risultato | Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> | Tipo: _____ |
| ALTRO .....       |   | risultato | Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> | Tipo: _____ |

*SPECIFICARE*

LABORATORIO CHE HA EFFETTUATO L'ANALISI: .....

INDIRIZZO ..... N. TELEFONICO .....

DATA DI COMPILAZIONE ..... FIRMA DEL COMPILATORE.....

### SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELLA LEGIONELLOSI

N. Scheda	_____	Data	_____
Ospedale Notificante .....			

Cognome Nome del paziente:.....			
Data di nascita	_____	Sesso:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Indirizzo di residenza .....			
Occupazione.....presso .....			
Data Insorgenza sintomi	_____		
Data Ricovero ospedaliero	_____		
Data Dimissione	_____	Esito	
		- Miglioramento/Guarigione	<input type="checkbox"/>
		- Decesso	<input type="checkbox"/>
		- Non noto	<input type="checkbox"/>

**Manifestazioni cliniche** (barrare la casella che interessa)

	SI	NO	NON SO		SI	NO	NON SO
Febbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nausea/Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brividi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolori addome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peritonite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espettorazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Confusione mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atassia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emoftoe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afasia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toracoalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extrapiramidale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versamento pleurico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aritmia cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ipossia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pericardite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opacità polmonare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteartromialgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Altre manifestazioni cliniche rilevanti**  SI  NO

Specificare .....

**Malattie concomitanti**  SI  NO

Specificare: .....

**In terapia sistemica con corticosteroidi o immunosoppressori:**  SI  NO

**Antibiotici ( e dosi) assunti durante il ricovero:**  SI  NO

Specificare: .....

Cure odontoiatriche nelle due settimane precedenti l'esordio  SI  NO

Ricovero ospedaliero nelle due settimane precedenti l'esordio  SI  NO

Ospedale:..... Reparto:.....

Periodo: da ..... a .....

Soggiorno nelle due settimane precedenti l'esordio, in luoghi diversi dalla propria abitazione  SI  NO

- Specificare tipo di struttura recettiva: (es. albergo, terme, campeggio, nave, ecc.).....
- Nome e località..... n. stanza.....
- Eventuale operatore turistico.....
- In gruppo  Individuale
- Periodo: da |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| a |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Frequenzazione di piscine nelle due settimane precedenti l'esordio  SI  NO

Abitudine al fumo di sigaretta  SI  NO

Specificare da quanto tempo ..... quantità .....

Abitudine all'alcool  SI  NO

Specificare quantità .....

**Diagnosi di legionellosi basata su:**

Isolamento del germe  Specificare da quale materiale patologico: .....

Sierologia	gg da inizio sintomi	titolo	Specie e Sierogruppo
1° siero	.....	.....	.....
2° siero	.....	.....	.....
3° siero	.....	.....	.....

Rilevazione antigene urinario  SI  NO

Indagine Ambientale  SI  NO Se SI specificare materiale analizzato .....

Se SI  Positiva  Negativa

Se Positiva specificare Specie e Sierogruppo .....

**Nome e recapito del medico compilatore:**

Nome..... Cognome:.....

Ospedale:..... Reparto:.....

Indirizzo: .....Tel.: .....Fax: .....

Data di compilazione |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

N.B. La presente scheda non sostituisce il mod. 15 di classe II per i casi accertati e va inviata dalla Direzione Sanitaria o dal SISP dell'Azienda USSL di competenza a:

- I.S.S - Lab BMM - tel 06/49902856 - fax 06/49387112

- Lab. EB - tel 06/49902273 - fax 06/49387292

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma

- Regione di competenza, mensilmente da parte del SISP

e dalla Regione al:

- Ministero della Sanità, Ufficio III - MIPI - OEN - tel 06/59944211 - fax 06/59944242

Via della Sierra Nevada, 60 - 00144 Roma

- I.S.S. quale completamento delle informazioni già trasmesse.







**ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ'**  
 Lab. B.M.M. - V.le R. Elena, 299  
 00161 Roma - Tel. (06) 44700882 - Fax (06) 491723



**MINISTERO DELLA SANITÀ'**  
 D.G.S.I.P. - Via Sierra Nevada, 60  
 00144 Roma - Tel. (06) 59.94.42.85 - Fax (06) 59.64.73.35

**SORVEGLIANZA DELLE MENINGITI BATTERICHE**

N° SCHEDA     N° CEPPO

La presente scheda va compilata per tutti i casi di meningite in cui sia stata accertata un'etiologia batterica. Nei casi ad etiologia da *Neisseria meningitidis*, viene richiesta la segnalazione anche per le forme di infezione invasiva senza meningite. La presente scheda, una volta compilata in tutte le sue parti va inviata per vie brevi al locale Assessorato alla Sanità, al Ministero della Sanità (Direzione Generale Servizi Igiene Pubblica), all'Istituto Superiore di Sanità (Laboratorio di Bacteriologia e Micologia Medica). Nel caso di malattie batteriche invasive da *Neisseria meningitidis* o *Haemophilus influenzae* viene richiesto anche l'invio del ceppo batterico isolato al Lab. B.M.M. dell'Istituto Superiore di Sanità. I recapiti sono riportati nell'intestazione della scheda.

Segnalazione effettuata da: Regione ..... USL:   Data compilazione:

Nome compilatore: ..... Recapito: .....

Ospedale di ricovero: ..... Reparto: .....

Indirizzo: .....

**INFORMAZIONI SUL PAZIENTE**

Cognome: ..... Nome: .....

Sesso:  M  F Età:   Se inferiore ad un anno, in mesi:

Comune di domicilio abituale e indirizzo: .....

Comune inizio primi sintomi: .....

Occupazione: Studente  1 Militare  2 Sanitario  3 Altro (specificare)  4 .....

Vaccinato contro la specifica patologia:  S SI  N NO  I IGNOTO

Data di inizio dei sintomi:       Stato di immunodepressione: SI  NO

Contatto con un caso di meningite nei 30 giorni prima dell'inizio dei sintomi: SI  NO

Quadro clinico:  1 Meningite  2 Sepsì  4 Altro (specificare) .....

Esame liquor:  1 Purulento  2 Torbido  3 Limpido  4 Non eseguito

Diagnosi:  1 Clinica  2 Clinica+isolamento culturale  3 Clinica+esame microscopico/ricerca antigenica

Agente eziologico:  1 Streptococco\* .....  2 Pneumococco\* .....  3 Meningococco  
 \*(specificare il sierogruppo)  4 Haemophilus influenzae\* .....  5 Micobatterio tubercolare  6 Listeria  
 8 Altro (specificare) .....  9 Non identificato

Materiale di isolamento:  1 Liquor  2 Sangue  8 Altro (specificare) .....

Condizioni del paziente al momento della segnalazione:  S Deceduto  N In trattamento

**SOLO PER IL MENINGOCOCCO**

E' stata effettuata profilassi dei contatti:  N NO Se si:  1 Entro 24 h dalla diagnosi  2 Tra 24-48h  3 Dopo 48h

Con:  1 Sulfamidici  2 Rifampicina  8 Altro (specificare) .....

Sierogruppo .....

Sensibilità a:  Sulfamidici  Penicillina  Cefalosporine III gen  
 Rifampicina  Ampicillina  Cloramfenicolo

Compilare con:  
 S = Sensibile  
 I = Intermedio  
 R = Resistente



# QUESTIONARIO DI UN CASO NOTIFICATO DI EPATITE VIRALE ACUTA

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' - ROMA tel. 06/49902982



A.S.L.  REGIONE.....  N° CASO

Data intervista --  
gg mm aa

### STRETTAMENTE RISERVATO!

Si prega di dare uguale rilievo a tutte le domande e segnare o scrivere le risposte nelle apposite caselle

COGNOME (iniziale)  NOME (iniziale)  Comune di domicilio abituale .....

Età  Sesso M  F  Attività .....

Titolo di studio più alto conseguito (del capofamiglia, se il caso é minorenni).....

### IMPORTANTE

EFFETTUARE L'INTERVISTA IN UN CLIMA DI ASSOLUTA RISERVATEZZA.

Intervistare il paziente senza aspettare i risultati di laboratorio da aggiungere appena

- |   |                                |
|---|--------------------------------|
| <p>1. Durante la sua recente malattia è diventato giallo? <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span></p>  | 22                             |
| <p>2. In che data è iniziata la malattia? <span style="float: right;"><input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/><br/><small>gg mm aa</small></span></p>   | 23-28                          |
| <p>3. E' stato ospedalizzato per questa malattia? <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span></p> <p style="margin-left: 20px;">Se SI, quanti giorni è rimasto in ospedale? <span style="float: right;">giorni <input type="text"/></span></p>   | 29<br>30-31                    |
| <p>4. DURANTE LE 6 SETTIMANE PRIMA DELL'INIZIO DELLA MALATTIA:</p> <p>a) Ha preso farmaci? <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/></span></p> <p style="margin-left: 20px;">Se si, quali? .....</p> <p style="margin-left: 20px;">.....</p> <p style="margin-left: 20px;">Per quanto tempo? <span style="float: right;">giorni <input type="text"/></span></p> <p style="margin-left: 20px;">Per quanto tempo? <span style="float: right;">giorni <input type="text"/></span></p>   | 32<br>33-38<br>39-44           |
| <p>b) Ha consumato frutti di mare?</p> <p style="margin-left: 20px;">Se SI, i frutti di mare consumati erano tutti o in parte crudi? <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/></span></p>   | 45<br>46                       |
| <p>c) Ha bevuto acqua di pozzo o di sorgente? <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/></span></p>  | 47                             |
| <p>d) Ha trascorso almeno una o più notti fuori della sua città? <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/></span></p> <p style="margin-left: 20px;">Se SI, dove? .....</p> <p style="margin-left: 20px;">Quando? <input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/><br/><small>gg mm aa</small></p>   | 48<br>49-57                    |
| <p>5. DURANTE I 6 MESI PRIMA DELL'INIZIO DELLA MALATTIA:</p> <p>a) Ha avuto somministrazione di sangue o plasma? <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/></span></p>   | 58                             |
| <p>b) Ha avuto somministrazione di altri derivati del sangue (fattori della coagulazione, immunoglobuline, etc.)? <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/></span></p>  | 59                             |
| <p>c) Ha avuto interventi chirurgici (compresa piccola chirurgia)? <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/></span></p> <p style="margin-left: 20px;">Se SI: Specificare .....<br/><small>(tipo di intervento)</small></p>  | 60<br>61-64                    |
| <p>d) E' stato sottoposto ad endoscopia? <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/></span></p> <p style="margin-left: 20px;">Se SI: Specificare .....<br/><small>(tipo di endoscopia)</small></p>  | 65<br>66-69                    |
| <p>e) E' stato ospedalizzato (incluso Day Hospital)? <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/></span></p> <p style="margin-left: 20px;">Se SI: Ospedale ..... Reparto ..... Data <input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/><br/><small>gg mm aa</small></p> <p style="margin-left: 20px;">Ospedale ..... Reparto ..... Data <input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/><br/><small>gg mm aa</small></p> <p style="margin-left: 20px;">Ospedale ..... Reparto ..... Data <input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/><br/><small>gg mm aa</small></p> | 70<br>71-82<br>83-94<br>95-106 |

5. (segue) DURANTE I 6 MESI PRIMA DELL'INIZIO DELLA MALATTIA:				
f) Si é iniettato droghe?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	107
g) Ha avuto un trattamento dentario?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	108
h) Si é fatto i buchi alle orecchie?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	109
i) Si é fatto un tatuaggio?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	110
l) Le é stata praticata l'ago puntura?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	111
m) Si é rasato dal barbiere?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	112
n) Si é depilato con l'elettro coagulazione?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	113
o) E' stato dal callista o dal manicure?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	114
p) E' stato emodializzato?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	115
q) Ha effettuato una visita ginecologica?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	116
6. Le é stata somministrata almeno una dose di vaccino per l'epatite B?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	117
Se SI, data: 1a dose <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	2a dose <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	3a dose <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>		118-135
Se SI, data: gg mm aa	gg mm aa	gg mm aa		
7. Durante i 6 mesi prima dell'inizio della sua epatite un suo familiare, convivente, amico o compagno di scuola o di lavoro ha avuto l'epatite?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	136
Se SI, la loro malattia é iniziata meno di due mesi prima della sua?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	137
8. Ha un convivente o partner sessuale HBsAg (Antigene Australia) positivo?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	138
Se SI: Tipo di relazione .....			<input type="text"/>	139-140
Era a conoscenza che un componente della sua famiglia (o il suo partner) era portatore di HBsAg prima che Lei avesse l'epatite acuta?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	141
Se SI, perchè non si era vaccinato?	<input type="checkbox"/> 1 Non era sicuro dell'efficacia			142
	<input type="checkbox"/> 2 Paura degli effetti collaterali			
	<input type="checkbox"/> 3 Non sapeva a quale struttura rivolgersi			
	<input type="checkbox"/> 4 Altro: .....			
9. Ha un convivente o partner sessuale anti HCV positivo?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	143
10. Ha un convivente tossicodipendente?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	144
11. Durante lo scorso anno con quanti partners ha avuto rapporti sessuali?	N° partners: <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>		145-148
	maschili	femminili		
12. Ha avuto un partner sessuale tossicodipendente negli ultimi 6 mesi?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	149
13. Durante lo scorso anno ha avuto rapporti occasionali?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	150
Se SI, ha utilizzato il profilattico?	<input type="checkbox"/> 1 Sempre			151
	<input type="checkbox"/> 2 Occasionalmente			
	<input type="checkbox"/> 3 Mai			
14. Quante persone vivono nella sua casa? <input type="text"/> (Lei incluso)				152-153
15. Vi sono bambini che frequentano un asilo nido o una scuola materna?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	154
<b>RISULTATI DI LABORATORIO</b> — Data prelievo di sangue <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>				155-160
a. E' positivo per HBsAg?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON RICERCATO <input type="checkbox"/> 8	161
b. E' positivo per IgM anti Hbc?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON RICERCATO <input type="checkbox"/> 8	162
c. E' positivo per IgM anti epatite A?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON RICERCATO <input type="checkbox"/> 8	163
d. E' positivo per anti-Delta?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON RICERCATO <input type="checkbox"/> 8	164
e. E' positivo per anti HCV?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON RICERCATO <input type="checkbox"/> 8	165
COMMENTI .....			<input type="text"/>	166





**Istituto Superiore di Sanità**  
**SEIEVA**  
**Scheda di un caso di epatite associato a**  
**trasfusione e**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Sesso M  F

Epatite B  Epatite nonA-nonB  HCV positivo

**Trasfusioni**

Data trasfusioni nei 6 mesi precedenti

<table style="margin: 0 auto; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">gg</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">aa</td></tr> </table>			gg	aa	-	<table style="margin: 0 auto; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">mm</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">aa</td></tr> </table>			mm	aa	-	
gg	aa											
mm	aa											
_____												
_____												
_____												
_____												
_____												

Luogo trasfusioni \* \_\_\_\_\_

Motivo trasfusioni \_\_\_\_\_

Prodotto trasfuso	Sangue intero <input type="checkbox"/>	Unità di prodotto trasfuso	_
	Emazie concentrate <input type="checkbox"/>		_
	Piastrine <input type="checkbox"/>		_
	Plasma <input type="checkbox"/>		_

Donatori periodici SI  NO  NON SO

Controlli sui donatori effettuati il: 

gg	aa

 Esiti: \_\_\_\_\_

**Somministrazione di altri derivati del sangue**

Somministrazione di altri derivati del sangue: SI  NO  NON SO   
 (immunoglobuline, fattori della coagulazione, ecc.)

Se SI, specificare le modalità di somministrazione: \_\_\_\_\_

tipo di immunoglobuline somministrate: \_\_\_\_\_

data di somministrazione: 

gg	aa

Luogo della somministrazione: \* \_\_\_\_\_

Motivo della somministrazione \_\_\_\_\_

\* Casa o ospedale. Nel caso di ospedale specificare quale.  
 Se la trasfusione è stata domiciliare indicare il servizio trasfusionale.







*Registro Nazionale della Malattia di Creutzfeldt-Jacob e Sindromi Correlate*  
Reparto di "Malattie Degenerative del Sistema Nervoso ad Etiologia Virale"  
Laboratorio di Virologia - Istituto Superiore di Sanità  
Viale Regina Elena 299 - 00161 Roma  
Tel.: 064990 3312 Fax: 064990 3012  
e-mail: [pocchia@virus1.net.iss.it](mailto:pocchia@virus1.net.iss.it)  
<http://www.iss.it/sanita/jakob/jacob.htm>

Codice paziente (riservato ISS):  
Medico Segnalatore:  
Indirizzo dell'ospedale:

**Numero cartella clinica:** \_\_\_\_\_  
Data di nascita del paziente: \_\_\_\_\_  
Comune e Provincia di nascita : \_\_\_\_\_  
Comune e Provincia di residenza \_\_\_\_\_

Tel. e Fax del medico

---

Data di esordio della malattia  
(mese/anno): \_\_\_\_\_  
**Sintomo di esordio:** \_\_\_\_\_

**Segnalare la presenza di:**

- |   |    |    |              |
|---|----|----|--------------|
| - Disturbi psichiatrici nelle prime fasi della malattia | Si | No |              |
| - Decadimento intellettivo-Demenza:                     | Si | No |              |
| - Mioclono:   | Si | No |              |
| - Segni piramidali:                                     | Si | No |              |
| - Segni extrapiramidali:                                | Si | No |              |
| - Segni cerebellari:                                    | Si | No |              |
| - Segni visivi:   | Si | No |              |
| - Mutismo acinetico:                                    | Si | No |              |
| - Crisi epilettiche:                                    | Si | No |              |
| - Parestesie/Disestesie:                                | Si | No |              |
| - EEG caratteristico (*):                               | 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:**      **RMN**                      **PET**      **SPECT**

**Familiarità per queste malattie:**      **Si**                      **No**

**Segnalare la presenza di fattori di rischio:**

---

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

**Professioni esercitate:** \_\_\_\_\_



## Indagine prospettica sulle infezioni invasive da *Haemophilus influenzae*

Istituto Superiore di Sanità/AMCLI/Regioni

Compilare il modulo per ogni nuovo caso di malattia invasiva da *Haemophilus influenzae*, ed inviarlo al referente regionale dello Studio e all'ISS (fax. 06-49387292). Il ceppo isolato va inviato alla dott.sse M. Cerquetti e P. Mastrantonio, Laboratorio di BATTERIOLOGIA e MICOLOGIA MEDICA, Istituto Superiore di Sanità, V.le Regina Elena 299. 00161 ROMA, seguendo le istruzioni specifiche

### SCHEDA DI NOTIFICA

Regione: \_\_\_\_\_ Data compilazione della scheda: \_\_\_\_\_

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

Nome del referente del laboratorio: \_\_\_\_\_

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

#### DATI INDIVIDUALI DEL PAZIENTE

Prime tre lettere cognome

Prime tre lettere nome

Sesso M  F

Data di nascita \_\_\_\_\_

Città di residenza \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Reparto di ricovero \_\_\_\_\_

Data di esordio sintomi \_\_\_\_\_

Diagnosi clinica \_\_\_\_\_

Il paziente è deceduto? Sì  No

Esame diagnostico eseguito su Sangue  Liquor  Altro   
se altro, specificare \_\_\_\_\_

Data di prelievo del campione \_\_\_\_\_

Codice di laboratorio del campione \_\_\_\_\_

Metodo diagnostico utilizzato Test di ricerca dell'antigene  Coltura

Se è stata effettuata la coltura, il ceppo è stato tipizzato? Sì  No

Se sì, risultato tipizzazione \_\_\_\_\_

Il ceppo è stato inviato al laboratorio di riferimento? Sì  No

Il paziente era vaccinato contro l'Hib? Sì  No

Se sì, compilare la sezione che segue:

Dose	Data somministrazione	Nome Commerciale	Lotto



## Scheda per l'indagine su caso di paralisi flaccida acuta

### FONTI DELLA NOTIFICA:

Data di notifica: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Notificatore: \_\_\_\_\_

Nome e indirizzo dell'Ente/ospedale: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAZIONE DEL CASO:

Nome \_\_\_\_\_ Sesso: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Età all'inizio dei sintomi: \_\_\_\_\_

Domicilio attuale \_\_\_\_\_

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

Residenza (se diversa da domicilio):

Comune: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Stato: \_\_\_\_\_

Nome del padre: \_\_\_\_\_ Nome della madre: \_\_\_\_\_

### OSPEDALIZZAZIONE

Ospedalizzato? Si \_\_\_ No \_\_\_ Nome dell'ospedale: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Cartella clinica n.: \_\_\_\_\_ Data di ricovero: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data di dimissione: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### SINTOMATOLOGIA:

1. Sintomatologia nelle 4 settimane precedenti l'inizio della paralisi

	si	no	non noto	se sì, data
febbre	—	—	—	___/___/___
stipsi	—	—	—	___/___/___
dolori addominali	—	—	—	___/___/___
rinite	—	—	—	___/___/___
parestesia	—	—	—	___/___/___
mialgie	—	—	—	___/___/___
diarrea	—	—	—	___/___/___
cefalea	—	—	—	___/___/___
nausea	—	—	—	___/___/___
rigidità nucale	—	—	—	___/___/___
astenia	—	—	—	___/___/___
faringodinia	—	—	—	___/___/___
irritabilità	—	—	—	___/___/___
vomito	—	—	—	___/___/___
diplopia	—	—	—	___/___/___
rigidità	—	—	—	___/___/___

## 2. Sintomatologia al momento dell'insorgenza della paralisi

Data di inizio della paralisi: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

	si	no	non noto
letargia	___	___	___
deficit sensoriale	___	___	___
mialgie	___	___	___
cefalea	___	___	___
dispnea	___	___	___
parestesie	___	___	___

febbre se si \_\_\_ temperatura \_\_\_

progressione delle paresi/paralisi:

ascendente \_\_\_\_\_  
 discendente \_\_\_\_\_  
 bulbare \_\_\_\_\_  
 altro \_\_\_\_\_

### SEGNI RISCONTRATI ALL'ESAME NEUROLOGICO INIZIALE

	no	si
rigidità nucale	___	___
ptosi palpebrale	___	___
riflesso tosse	___	___
diplopia se si: destra ___ sinistra ___ non noto ___	___	___
oftalmoplegia	___	___
paresi facciali	___	___
difficoltà deglutizione	___	___
debolezza flessori del collo	___	___
debolezza estensori del collo	___	___
protrusione lingua	___	___

In grado di camminare: no: \_\_\_

se si: da solo: \_\_\_

con aiuto: \_\_\_

Debolezza arti:

no: \_\_\_

se si:

braccio destro: no: \_\_\_

se si: può sollevare il braccio sopra la testa si \_\_\_ no \_\_\_

se si: può stringere le mani con forza si \_\_\_ no \_\_\_

braccio sinistro: no: \_\_\_

se si: può sollevare il braccio sopra la testa si \_\_\_ no \_\_\_

se si: può stringere le mani con forza si \_\_\_ no \_\_\_

gamba destra: no: \_\_\_

se si: può sollevare la gamba dal letto si \_\_\_ no \_\_\_

se si: può avvicinare la caviglia alla testa si \_\_\_ no \_\_\_

può muovere le dita dei piedi si \_\_\_ no \_\_\_

gamba sinistra: no: \_\_\_

se si: può sollevare la gamba dal letto si \_\_\_ no \_\_\_

se si: può avvicinare la caviglia alla testa si \_\_\_ no \_\_\_  
 può muovere le dita dei piedi si \_\_\_ no \_\_\_

Fascicolazioni/paralisi si \_\_\_ no \_\_\_  
 Paresi simmetrica si \_\_\_ no \_\_\_ D>S S<D  
 arti superiori si \_\_\_ no \_\_\_ D>S S<D  
 arti inferiori si \_\_\_ no \_\_\_ D>S S<D

Riflessi (3=iperreflessia; 2=normali; 1=iporeflessia; 0=assenti)

	Destra	Sinistra
bicipitale	___	___
tricipitale	___	___
supinatore	___	___
rotuleo	___	___
achilleo	___	___
Babinski	positivo ___	negativo ___

Sensibilità (2=normale; 1=diminuita; =assente)

		Destra	Sinistra
Mano:	tattile	___	___
	puntoria	___	___
	vibratoria	___	___
Piede:	tattile	___	___
	puntoria	___	___
	vibratoria	___	___
Dorso:	tattile	___	___
	puntoria	___	___

Efficienza sistema nervoso autonomo

	normale	anormale	descrizione
vescica	___	___	_____
intestino	___	___	_____
sudorazione	___	___	_____

### ANANMESI

vaccinazione recente no \_\_\_ si \_\_\_ tipo \_\_\_ data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 vaccinazione recente nei familiari no \_\_\_ si \_\_\_ tipo \_\_\_ data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

morso animali descrizione \_\_\_\_\_  
 puntura insetti descrizione \_\_\_\_\_  
 puntura zecche descrizione \_\_\_\_\_  
 farmaci no \_\_\_ si \_\_\_ tipo \_\_\_ data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 contatti con animali no \_\_\_ si \_\_\_ tipo \_\_\_ data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 esposizione a pesticidi no \_\_\_ si \_\_\_ tipo \_\_\_ data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 iniezione intramuscolo no \_\_\_ si \_\_\_ tipo \_\_\_ data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 trauma descrizione \_\_\_\_\_  
 approvvigionamento acqua potabile descrizione \_\_\_\_\_  
 malattia in altri componenti famiglia no \_\_\_  
 se si, descrizione \_\_\_\_\_

casi simili in: scuola no \_\_\_ si \_\_\_  
 posto lavoro no \_\_\_ si \_\_\_  
 vicinato no \_\_\_ si \_\_\_  
 trasfusioni di sangue no \_\_\_  
 se si, data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



**ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA**

Inizio della massima paresi/paralisi \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Severità della massima paresi/paralisi:

quadriplegia + paralisi respiratoria	no _____	si _____
quadriplegia senza paralisi respiratoria	no _____	si _____
paraparesi/paraplegia	no _____	si _____

altro, descrivere: \_\_\_\_\_

---

Paralisi respiratoria

no _____	si _____
	se sì, data inizio ____ / ____ / ____
	data fine ____ / ____ / ____

Decesso

no _____	si _____	data ____ / ____ / ____
		se sì, causa mortis: _____

**ANAMNESI VACCINALE**

Luogo della/e vaccinazione/i: \_\_\_\_\_

	no	non noto	sì	presso	data vaccinazione gg/mm/aa
OPV1	_____	_____	_____	_____	____ / ____ / ____
OPV2	_____	_____	_____	_____	____ / ____ / ____
OPV3	_____	_____	_____	_____	____ / ____ / ____
OPV4	_____	_____	_____	_____	____ / ____ / ____
Altre vaccinazioni	_____	_____	_____	_____	____ / ____ / ____
" "	_____	_____	_____	_____	____ / ____ / ____

**CLASSIFICAZIONE CLINICA PRELIMINARE**

Caso escluso: \_\_\_\_\_ Caso probabile: \_\_\_\_\_  
 Se non si tratta di polio, fornire diagnosi e commenti.  
 Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Commenti:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**STORIA DI CONTATTI/VIAGGI**

Indicare tutti i viaggi al di fuori della città (compresi altri Paesi) compiuti non meno di 28 giorni prima dell'inizio della paralisi/parestesia.

Luogo	Persona(e) visitata(e)	Date visita	
		da	a
_____	_____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
_____	_____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
_____	_____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____

Contatti con conviventi/contatti stretti vaccinati con OPV nei 75 gg. prec.

Nome	Indirizzo	Data vaccinazione
_____	_____	____ / ____ / ____
_____	_____	____ / ____ / ____
_____	_____	____ / ____ / ____



**DATI DI LABORATORIO**

Nome del laboratorio: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

**Studi di isolamento virale e batterico:**

(specificare)	Data prelievo dal paziente	Data invio al laboratorio	poliovirus isolati			Campylobacter jejuni	altro
			tipo 1	tipo 2	tipo 3		
Feci/tampone rettale 1	___/___/___	___/___/___	___	___	___	_____	_____
Feci/tampone rettale 2	___/___/___	___/___/___	___	___	___	_____	_____
Altro	___/___/___	___/___/___	___	___	___	_____	_____

**Studi sierologici:**

(specificare)	Data prelievo dal paziente	Data invio al laboratorio	poliovirus			Campylobacter jejuni	HIV	altro
			tipo 1	tipo 2	tipo 3			
Siero 1 *	___/___/___	___/___/___	___	___	___	_____	_____	
Siero 2	___/___/___	___/___/___	___	___	___	_____	_____	
Siero 3 **	___/___/___	___/___/___	___	___	___	_____	_____	

\* acuto

\*\* convalescente (14-30 giorni dopo inizio astenia/paralisi)

**Interpretazione:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Liquido cerebro-spinale:**

data	globuli rossi	globuli bianchi	% linfociti	glucosio	proteine
___/___/___	_____	_____	_____	_____	_____
___/___/___	_____	_____	_____	_____	_____
___/___/___	_____	_____	_____	_____	_____

**Risultati tipizzazione stipite virale:**

Tipo di poliovirus	Metodi utilizzati	Risultati
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Altri risultati e/o commenti: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Autopsia? si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ Istituto: \_\_\_\_\_

materiale	data prelievo	data invio	data risultati	risultati esame istologico
_____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	_____

Esami elettrodiagnostici  
Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (allegare eventuali referti)

### FOLLOW-UP DEL CASO DOPO 60 GIORNI

Riesame del caso 60 giorni dopo la paralisi? si \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Se no, perché? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Paralisi:

Paralisi presente dopo 60 giorni o oltre? si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
Se sì, indicare il sito della paralisi:

gamba sinistra _____	muscoli respiratori _____
gamba destra _____	nervi cranici _____
braccio destro _____	(specificare) _____
braccio sinistro _____	_____

dal periodo di massima paresi/paralisi  
migliorate: no \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ se sì, commenti sul grado di miglioramento

nessun cambiamento: no \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_

Riflessi (3=iperreflessia; 2=normali; 1=iporeflessia; 0=assenti)

	Destra	Sinistra
bicipitale	_____	_____
tricipitale	_____	_____
supinatore	_____	_____
rotuleo	_____	_____
achilleo	_____	_____
Babinski	positivo _____	negativo _____

Disabilità:

non può camminare \_\_\_\_\_  
cammina con assistenza \_\_\_\_\_  
zoppia \_\_\_\_\_  
cammina normalmente \_\_\_\_\_  
altro \_\_\_\_\_

Decesso? si \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ causa mortis: \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Referto neurologico:  
(Allegare, se disponibile, il rapporto neurologico, inclusa la diagnosi finale)

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nome del medico notificatore \_\_\_\_\_

Neurologo? sì \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

**MISURE DI CONTROLLO SU CONVIVENTI/CONTATTI**

(Riportare: data di inizio, numero di conviventi/contatti individuati, numero di dosi OPV somministrate in bambini con meno di 5 anni, data completamento interventi di controllo)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DIAGNOSI FINALE:**

Esclusa: \_\_\_\_\_

Specificare diagnosi:

poliomielite	sì _____	no _____
sindrome di Guillain Barré	sì _____	no _____
mielite trasversa	sì _____	no _____
neurite traumatica	sì _____	no _____
altro (descrivere):	_____	

Se polio confermata:

Barrare le voci che interessano:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Confermata virologicamente                    | <input type="checkbox"/> Decesso dopo malattia compatibile |
| <input type="checkbox"/> Confermata sierologicamente                   | <input type="checkbox"/> Correlazione epidemiologica       |
| <input type="checkbox"/> Confermata virologicamente e sierologicamente | <input type="checkbox"/> Assenza di follow-up              |
| <input type="checkbox"/> Paralisi residua                              | <input type="checkbox"/> Associata a vaccino               |
| <input type="checkbox"/> Virus selvaggio indigeno                      | <input type="checkbox"/> Importata                         |

Osservazioni:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nome dell'incaricato dell'inchiesta: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_  
Qualifica: \_\_\_\_\_  
Sede di lavoro: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome del coordinatore di sorveglianza: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_  
Qualifica: \_\_\_\_\_  
Sede di lavoro: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Inviare a:

**Dott.ssa Dina De Stefano**  
**"Programma di Sorveglianza delle Paralisi Flaccide Acute in Italia"**  
**Ministero della Sanità**  
**Dipartimento della Prevenzione e dei Farmaci**  
**Ufficio Profilassi malattie infettive**  
**Via Sierra Nevada, 60 - 00144 ROMA**

**Dott.ssa Lucia Fiore**  
**"Programma di Sorveglianza delle Paralisi Flaccide Acute in Italia"**  
**Laboratorio di Virologia**  
**Istituto Superiore di Sanità**  
**Viale Regina Elena, 299 - 00161 ROMA**