

MINISTERO DELLA SALUTE – DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE - UFFICIO III MALATTIE INFETTIVE E  
 PROFILASSI INTERNAZIONALE - OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE

SCHEDA PER LA NOTIFICA DI MORBO DI HANSEN

REGIONE _____	COD _____	PROVINCIA _____	COD _____
COMUNE _____	COD _____	ASL _____	COD _____

**Sezione A - Riservata al Centro Territoriale**

COGNOME _____	NOME _____ (iniziali)	SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	CONIUGATO <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
		N° conviventi _____	
Nato a: _____		il: _____/_____/_____	
CITTADINANZA _____		Se cittadino straniero, in Italia dal _____/_____/_____	
PROFESSIONE _____			
COMUNE DI RESIDENZA _____		PROV. [ _____ ]	
COMUNE DI DOMICILIO ABITUALE (solo se non coincide con la residenza) _____			
COD. ASL RES _____			

**Sezione B - Riservata al Centro Territoriale**

Permanenza a qualunque titolo in Stati esteri nei 15 anni precedenti la comparsa dei sintomi:	
Luogo _____	Dal _____/_____/_____ al _____/_____/_____
Luogo _____	Dal _____/_____/_____ al _____/_____/_____
Luogo _____	Dal _____/_____/_____ al _____/_____/_____
DATA INIZIO SINTOMI _____/_____/_____	
FONDAMENTI DEL SOSPETTO DIAGNOSTICO:	
CLINICO	<input type="checkbox"/>
MICROBIOLOGICO	<input type="checkbox"/>
ISTOLOGICO	<input type="checkbox"/>
CENTRO DI RIFERIMENTO PER IL MORBO DI HANSEN AL QUALE VIENE AVVIATO IL PAZIENTE PER LA CONFERMA DIAGNOSTICA:	
CAGLIARI	<input type="checkbox"/>
GENOVA	<input type="checkbox"/>
GIOIA DEL COLLE	<input type="checkbox"/>
MESSINA	<input type="checkbox"/>
CAMPIONE BIOLOGICO INVIATO AL LABORATORIO SOVRAREGIONALE DI GENOVA (specificare se striscio, biopsia cutanea, etc.) _____	
Sanitario che ha compilato la notifica: _____	Data compilazione _____/_____/_____
Recapito: _____	tel.: _____

**Sezione C - Riservata al Centro di Riferimento Nazionale cui viene inviato il paziente**

CENTRO DI RIFERIMENTO NAZIONALE DI _____	
DATA RICOVERO _____/_____/_____	
FORMA CLINICA:	<b>I TT BT BB BL LL</b>
CAMPIONE BIOLOGICO INVIATO AL LABORATORIO SOVRAREGIONALE DI GENOVA (specificare se striscio, biopsia cutanea, etc.) _____	

- **Centro di Riferimento Nazionale per il morbo di Hansen - Sezione di Dermatologia Tropicale Azienda Ospedaliera Ospedale S. Martino e Cliniche Universitarie convenzionate**  
Largo R. Benzi 10 - 16132 Genova  
tel. 010 5552579/78  
telefax 010 3538427
  
- **Centro di Riferimento Nazionale per il morbo di Hansen - Azienda USL 8**  
Divisione di Dermatologia - Reparto hanseniani  
Via IS Mirrionis - 09100 Cagliari  
tel. 070 6095910  
telefax 070 6095911
  
- **Centro di Riferimento Nazionale per il morbo di Hansen - Ospedale Regionale Miulli di Acquaviva delle Fonti**  
Via Provinciale per Matera km. 100,400 - 70023 Gioia del Colle(BA)  
tel. 080 3430061  
telefax 080 3499273
  
- **Centro di Riferimento Nazionale per il morbo di Hansen - Azienda Ospedaliera Piemonte**  
Via Spadafora - 98124 Messina  
tel. 090 2224228  
telefax 090 2224364

CENTRO DI RIFERIMENTO \_\_\_\_\_

CENTRO TERRITORIALE \_\_\_\_\_

**SCHEDA INDIVIDUALE**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

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

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Comune di residenza o di domicilio \_\_\_\_\_

Soggiorni esteri si[] da \_\_/\_\_/\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_

da \_\_/\_\_/\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_

da \_\_/\_\_/\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_

no[]

Se straniero: in Italia dal \_\_/\_\_/\_\_

tipo di lavoro svolto in Italia \_\_\_\_\_

Diagnosi confermata il \_\_/\_\_/\_\_

dal Centro di Riferimento Nazionale \_\_\_\_\_

esame istologico: \_\_\_\_\_ praticato da: \_\_\_\_\_

esame microbiologico: (IB) \_\_\_\_\_

altri esami (PCR, esami sierologici): \_\_\_\_\_

Forma clinica: I TT BT BB BL LL

Invalidità iniziale:

Occhi: grado 0 1 2

Mani: grado 0 1 2

Piedi: grado 0 1 2

INIZIO TERAPIA: \_\_/\_\_/\_\_

Terapia \_\_\_\_\_

Fine prevista della terapia \_\_/\_\_/\_\_

Fine della terapia \_\_/\_\_/\_\_

Fine prevista dei controlli \_\_/\_\_/\_\_

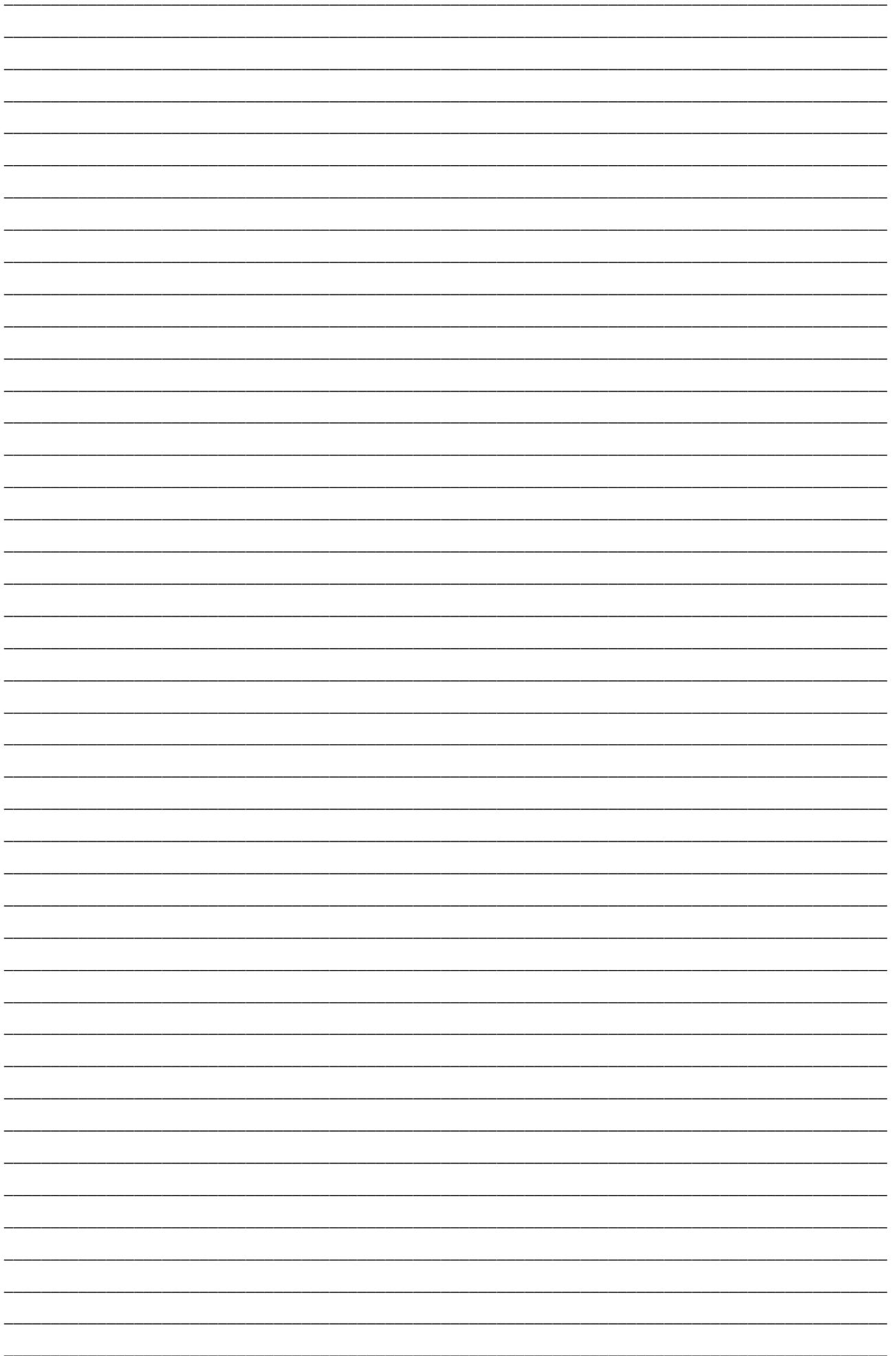
Fine dei controlli \_\_/\_\_/\_\_

CONTATTI DOMICILIARI:

Cognome	nome	età	sesso	grado di parentela
_____	_____	__	__	_____
_____	_____	__	__	_____
_____	_____	__	__	_____
_____	_____	__	__	_____
_____	_____	__	__	_____
_____	_____	__	__	_____
_____	_____	__	__	_____
_____	_____	__	__	_____
_____	_____	__	__	_____
_____	_____	__	__	_____

(segue diario clinico)

**DIARIO CLINICO**



## Scheda per la rilevazione dei dati epidemiologici relativi al morbo di Hansen

CENTRO DI RIFERIMENTO NAZIONALE DI \_\_\_\_\_

**ANNO** -----

	totale (1)	italiani (2)	di cui autoctoni (3)
<b>Nuovi malati:</b>	_____	_____	_____
<b>Malati in trattamento:</b>	_____	_____	_____
<b>Soggetti sotto controllo post-terapeutico per morbo di Hansen</b>	_____	_____	_____
<b>Soggetti con invalidità permanente per morbo di Hansen</b>	_____	_____	_____

### ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE - DEFINIZIONI

- **Nuovo malato di morbo di Hansen:** paziente con *diagnosi certa di morbo di Hansen* che non ha *mai assunto terapia specifica*
- **Malato di morbo di Hansen:** paziente con diagnosi certa di morbo di Hansen, che assume terapia specifica, con le seguenti specifiche:
  - a) malato con diagnosi iniziale di *m.d.H. multibacillare* con *striscio cutaneo positivo*;
  - b) malato con diagnosi iniziale di *m.d.H. multibacillare* con *striscio cutaneo negativo*, in *terapia da meno di due anni*;
  - c) malato con diagnosi iniziale di *m.d.H. paucibacillare* in *terapia da meno di sei mesi*.

Sono compresi in questa definizione anche coloro che hanno presentato una recidiva della malattia dopo aver completato il ciclo terapeutico. Non sono compresi in questa definizione i soggetti affetti da reazioni tardive o invalidità permanenti nè coloro che, nell'anno in questione, sono già stati inclusi sotto la voce "nuovo malato".
- **Soggetto sotto controllo post terapeutico per morbo di Hansen:** soggetto con pregressa diagnosi di *m.d.H. attivo*, sotto controllo (clinico, microbiologico e per la funzionalità dei nervi periferici), con le seguenti specifiche:
  - a) diagnosi iniziale di *m.d.H. multibacillare*, attualmente con *striscio cutaneo negativo*, che ha assunto *terapia anti-lebbra continuativa per almeno due anni*;
  - b) diagnosi iniziale di *m.d.H. multibacillare* che ha assunto *terapia anti-lebbra continuativa per almeno sei mesi*.
- **Soggetto con invalidità permanente da morbo di Hansen:** paziente con invalidità, causata dal *m.d.H.*, agli arti e/o apparato oculare.

Nelle tre colonne relative all'anno di rilevazione vanno indicati:

- 1) per ogni definizione specifica, il numero di casi in totale (comprende anche colonne 2 e 3)
- 2) per ogni definizione specifica, il numero di casi relativi a cittadini italiani (comprende colonna 3)
- 3) per ogni definizione specifica, il numero di casi in cittadini italiani che non hanno soggiornato in zone endemiche