

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE MODELLO 15 - Classe I

Tutti i casi che si verificano sul territorio nazionale devono essere notificati dalla USL per le vie brevi (fonogramma o telegramma) anche al solo sospetto clinico indipendentemente da una conferma diagnostica di laboratorio (con l'eccezione dell'influenza per la quale è richiesto l'isolamento del virus) e all'Assessorato Regionale alla Sanità, secondo quanto previsto dal D.M. 15 dicembre 1990.

Il presente modello deve essere compilato all'accertamento del caso in quadrupla copia di cui le prime 3 inviate all'Assessorato Regionale alla Sanità, la quarta rimane alla USL di notifica.

Le modalità di sorveglianza sanitaria intorno al caso (contatti, conviventi, etc.) nonché gli ulteriori risultati delle indagini di laboratorio dovranno essere comunicati in una relazione all'ente predetto.

Il presente modulo e le successive comunicazioni vanno inviate a:

REGIONE TOSCANA
Dipartimento Sicurezza Sociale
Servizio 97
Via di Novoli, 26 - 50127 Firenze
Tel. 055 / 4383350 - 4383551
Telefax 055 / 4383054

SCHEDA DI NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA - Classe II

REGIONE TOSCANA 09

Provincia

Comune

USL

Caso di _____
compilare per esteso il nome della malattia

CRITERIO 1 2 3 4¹⁾

Barrare la casella corrispondente:

- | ICD-9 | ICD-9 |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 023 Brucellosi | <input type="checkbox"/> 100 Leptosirosi |
| <input type="checkbox"/> 002.0 Febbre tifoide | <input type="checkbox"/> 049.9 Meningite e encefalite acuta virale |
| <input type="checkbox"/> 003 Salmonellosi non tifoidee | <input type="checkbox"/> 085.9 Leishmaniosi cutanea |
| <input type="checkbox"/> 008 Diarrea infettiva (non da salmonella) | <input type="checkbox"/> 085.0 Leishmaniosi viscerale |
| <input type="checkbox"/> 034.1 Scarlattina | <input type="checkbox"/> 070.1 Epatite A |
| <input type="checkbox"/> 055 Morbillo | <input type="checkbox"/> 070.3 Epatite B |
| <input type="checkbox"/> 072 Parotite epidemica | <input type="checkbox"/> 070.5 Epatite NANB |
| <input type="checkbox"/> 033 Pertosse | <input type="checkbox"/> 070.9 Epatite virale non spec. |
| <input type="checkbox"/> 056 Rosolia | <input type="checkbox"/> 482.8 Legionellosi |
| <input type="checkbox"/> 052 Varicella | <input type="checkbox"/> 083.9 Rickettsiosi (diverse da Tifo Esantematico) |
| <input type="checkbox"/> 036.0 Meningite meningococcica | <input type="checkbox"/> 098 Blenorragia |
| <input type="checkbox"/> 091 Sifilide con manif. contag. | <input type="checkbox"/> 021 Tularemia |
| <input type="checkbox"/> 027.0 Listeriosi | |

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 _____

data di nascita _____
gg mm aa

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 _____
gg mm aa

Ricovero in luogo di cura Sì No Se sì, specificare dove _____

Comune presunto del contagio²⁾ _____

Se esistente vaccino nei confronti della malattia: Non vaccinato Non noto Vaccinato anno _____
aa

Data di notifica _____
gg mm aa

Sanitario che ha compilato la notifica _____

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.

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

MODELLO 15 - Classe II

Il modello deve essere compilato in quadrupla copia di cui le prime tre dovranno essere inviate all'Assessorato Regionale alla Sanità e la quarta rimane all'USL che notifica. Per i casi notificati in USL diverse da quella di residenza, una fotocopia del modello deve essere inviata per conoscenza alla USL di residenza del paziente.

Le modalità di notifica sono riportate sul D.M. 15 dicembre 1990.

La notifica è obbligatoria quando sussistono almeno tutti i criteri specificati qui di seguito e contrassegnati con la X per ogni malattia:

MALATTIA	CLINICA 1	COLTURA 2	ES.DIRETTO 3	SIEROLOGIA 4	NOTE
Brucellosi	X			X	
Febbre Tifoide	X			X	
Salmonellosi non tifoide	X	X			
Diarrea infettiva	X	X			Diversa da salmonellosi
Scarlattina	X				
Morbillo	X				
Parotite epidemica	X				
Pertosse	X				
Rosolia	X				
Varicella	X				
Leptosirosi	X			X	
Meningite e encefalite acuta virale	X				Esame liquorale compatibile
Leishmaniosi cutanea	X		X		
Leishmaniosi viscerale	X		X		
Epatite A	X			X	IgM anti HAV
Epatite B	X			X	HBsAg e/o IgM antiHBc
Epatite NANB	X			X	neg. ai precedenti e CMV e EBV
Epatite virale non spec.	X				
Legionellosi	X			X	
Rickettsiosi	X			X	
Meningite meningococcica	X		X		
Sifilide	X			X	
Blenorragia	X		X		
Tularemia	X	X			
Listeriosi	X	X			

Definizione dei criteri di notifica:

- 1 CLINICA: Presenza di segni e sintomi indicativi di malattia acuta.
- 2 COLTURA: Isolamento e crescita dell'agente eziologico in idonee condizioni. La positività colturale è criterio sufficiente per la notifica anche in assenza dell'esame diretto o sierologico
- 3 ES.DIRETTO: identificazione dell'agente eziologico e dei suoi antigeni specifici mediante esami batterioscopici, tecniche immunologiche e sonda di acidi nucleici.
- 4 SIEROLOGIA: Evidenziazione di antigeni o anticorpi specifici contro l'agente eziologico a titolo significativo di malattia in atto, su singolo campione, oppure dimostrazione di sierconversione (incremento di almeno 4 volte del titolo anticorpale specifico tra la fase acuta e quella convalescente della malattia).

I casi notificati devono avere almeno i criteri riportati per ogni malattia.
Per ogni caso notificato vanno specificati i codici dei criteri riscontrati.

**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 _____
g m a se si, specificare: _____
Paese di nascita _____
se nato all'estero, anno di arrivo in Italia _____
E' iscritto al SSN? si no non noto
Domicilio:
Regione _____
Provincia _____
Comune _____
Professione:
 studente
 pensionato/invalido
 casalinga
 disoccupato
 occupato _____
specificare
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 _____/_____ no non noto
mese anno

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
 M. africanum _____
specificare

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

- 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 _____

DIAGNOSI

E' indispensabile che la casella che specifica la diagnosi (tubercolosi/micobatteriosi) sia barrata su tutte le schede.

Per la diagnosi, fare riferimento ai criteri diagnostici per la notifica dei casi di tubercolosi e di micobatteriosi riportati di seguito:

1. Criteri generali

Devono essere notificati solo i **casi accertati**.

Devono essere notificati tutti i nuovi casi e le recidive di TBC **attiva** polmonari ed extrapolmonari, indipendentemente dalla contagiosità, inclusi i casi di complesso primario attivo (cioè non calcifico), che soddisfino uno dei criteri diagnostici riportati di seguito.

Le notifiche devono essere **inviate al completamente dell'iter diagnostico**, quando siano cioè disponibili i risultati degli esami batteriologici (microscopici e colturali) eseguiti.

2. Criteri diagnostici per i casi di tubercolosi

Per caso accertato si intenderà un caso di tubercolosi polmonare ed extrapolmonare attiva che risponda ad uno dei criteri di seguito riportati:

A) Isolamento colturale di *M. tuberculosis complex* (*M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*)

B) Diagnosi microscopico-clinica

presenza di:

1. esame microscopico (diretto) di liquido biologico (ad es. escreato, liquor) con evidenza di bacilli alcool-acido resistenti (BAAR) **oppure** di preparato istologico (ad es. biopsia linfonodale, epatica) con evidenza di bacilli alcool-acido resistenti (BAAR) e/o granulomi tubercolari
- e
2. segni clinici/radiologici suggestivi di TB attiva e/o terapia antitubercolare in corso con due più farmaci.

C) Diagnosi clinica

segni clinici suggestivi di TB attiva e almeno due dei seguenti:

1. indagini strumentali (ad es. Rx torace, TAC, ecc.) suggestive di TB attiva
2. risposta alla terapia antitubercolare con due o più farmaci (miglioramento clinico/radiologico) entro un limite massimo di 90 giorni
3. test tubercolinico (Mantoux) positivo

D) Diagnosi autoptica

evidenza autoptica di TB attiva **non diagnosticata** in vita.

3. Criteri diagnostici per i casi di micobatteriosi

Isolamento colturale di un micobatterio diverso da *M. tuberculosis complex*, in presenza di sintomatologia clinica compatibile.

REGIONE, PROVINCIA, COMUNE

Riportare sia il nome che i codici ISTAT corrispondenti (ad esempio, Piemonte 01, Torino 01, Grugliasco 0 1 120).

ASL

Riportare la denominazione della ASL.

*Dati: anagrafici del paziente***PAESE DI NASCITA E ANNO DI ARRIVO IN ITALIA**

Indicare il paese di nascita per tutti i casi notificati. Per i nati all'estero, indicare anche l'anno di arrivo in Italia.

La rilevazione accurata di queste informazioni è essenziale per quantificare la frequenza di tubercolosi nei soggetti provenienti da paesi ad alta endemia.

ISCRIZIONE AL SSN

Indicare se il paziente è iscritto o meno al Servizio Sanitario Nazionale.

PROFESSIONE

Per i soggetti non occupati, indicare se trattasi di studente, pensionato/invalido, casalinga, disoccupato. Per chi svolge una attività lavorativa riportare sinteticamente il tipo di occupazione, ponendo particolare attenzione alle categorie professionali a rischio quali gli operatori sanitari, il personale degli istituti di detenzione, gli allevatori, ecc.

SENZA FISSA DIMORA

Indicare se il soggetto è senza fissa dimora.

VIVE IN COLLETTIVITA'

Per soggetti che vivono in collettività (es. "campo nomadi", "istituto di detenzione", "casa di riposo", "ospizio", "comunità di recupero tossicodipendenti", "lungodegenza"), riportare tale informazione, specificando il tipo di collettività.

DOMICILIO

Nel caso di soggetti senza fissa dimora, indicare il domicilio prevalente nei tre mesi immediatamente precedenti la malattia. Nel caso di soggetti che vivevano in collettività o al proprio domicilio, riportare il luogo ove il paziente era domiciliato al momento dell'inizio della malattia.

Indicare regione, provincia, comune e relativo codice ISTAT del comune.

DATA DI INIZIO DELLA TERAPIA ANTITUBERCOLARE

Indicare la data di inizio della terapia antitubercolare, definita come la data in cui il clinico raggiunge un grado di certezza diagnostica sufficiente ad iniziare una terapia antitubercolare completa. Nel caso di pazienti mai trattati perchè diagnosticati solo post-mortem, riportare la data di decesso.

Criteria diagnostici

DIAGNOSI DI TUBERCOLOSI

Indicare se il paziente ha mai avuto una diagnosi di tubercolosi in precedenza. Se sì, indicare il mese e l'anno.

CLASSIFICAZIONE IN RELAZIONE A PRECEDENTI TRATTAMENTI

Indicare se il paziente è:

- *nuovo caso* (paziente mai trattato per tubercolosi in precedenza);
- *recidiva* (paziente trattato per tubercolosi in passato e dichiarato guarito).

I casi che ritornano dopo interruzione del trattamento e i casi cronici (già precedentemente notificati) non devono essere notificati nuovamente.

AGENTE EZIOLOGICO

Deve essere indicato solo in caso di coltura positiva, attenendosi ai seguenti criteri:

- **M. tuberculosis complex**, quando è stata effettuata la tipizzazione di gruppo;
- **M. tuberculosis hominis, M. bovis o M. africanum** quando è stata effettuata la tipizzazione di specie.
- **Micobatterio non tubercolare**, quando è stato isolato in coltura un micobatterio diverso da *M. tuberculosis complex*.

DIAGNOSI BASATA SU:

Compilare sempre tutte le variabili, anche in caso di esami non effettuati o non noti, barrando le caselle corrispondenti.

- **Esame colturale escreato/altro materiale:** si ribadisce che, prima di inviare la notifica, bisogna attendere il risultato dell'esame colturale, se effettuato; non è notificabile un caso in cui l'esame colturale sia "in corso". Nel caso di esame colturale positivo su materiale diverso dall'escreato, specificare il tipo di materiale.

- **Esame diretto escreato/altro materiale:** si intende l'esame microscopico di qualsiasi liquido biologico (escreato, liquor, feci ecc.).

Nel caso di esame diretto su materiale diverso dall'escreato, specificare il tipo di materiale. Includere in questa voce anche gli esami istologici (ad es. biopsia linfonodale, epatica) con evidenza di bacilli alcool-acido resistenti (BAAR) e/o granulomi tubercolari.

- **Clinica:** Presenza di segni clinici suggestivi di tubercolosi in fase attiva.
- **Mantoux:** test tuberculinico (intradermoreazione alla Mantoux).

- **Rx torace/esami strumentali:** indagini strumentali (ad es. Rx torace, TAC, ecc.) suggestive di TB attiva.

- **Risposta alla terapia antitubercolare:** risposta alla terapia antitubercolare con due o più farmaci (miglioramento clinico/radiologico) entro un limite massimo di 90 giorni

- **Riscontro autoptico di TB attiva:** evidenza autoptica di TB attiva **non diagnosticata** in vita. Compilare questa variabile solo per i soggetti **non** diagnosticati prima della morte, per i quali il riscontro autoptico rappresenti la sola evidenza diagnostica.

SEDE ANATOMICA

Sede polmonare

Si definisce polmonare solo la tubercolosi che coinvolge il parenchima polmonare, la trachea e i bronchi.

Sede extrapolmonare

Si definisce extrapolmonare la tubercolosi a localizzazione diversa da quella polmonare sopra descritta.

Riportare sempre per esteso tutte le localizzazioni extrapolmonari e il/i codici corrispondenti (ad esempio meningite 013.0, TBC ossea 015.0), secondo la seguente Classificazione Internazionale delle Malattie - IX revisione (ICD-IX).

012	Altra Tbc respiratoria (non polmonare)	016	Tbc genitourinaria
012.0	Pleurite	016.0	Rene
012.1	Linfonodi intratoracei	016.1	Altro app. urinario
012.2	Trachea e bronchi	016.2	Epididimo
012.3	Laringite	016.3	Altro app. genitale
012.8	Altre	016.4	Genitali femminili
013	Tbc meningi e SNC	016.9	Non specificata
013.0	Meningite tubercolare	017	Tbc. di altri organi
013.1	Tuberculoma in meningi	017.0	Cute
013.8	Altre	017.1	Eritema nodoso
013.9	Non specificata,	017.2	Linfonodi periferici
014	Tbc apparato intestinale	017.3	Occhio
015	Tbc. ossa-articolazioni	017.4	Orecchio
015.0	Vertebre	017.5	Tiroide
015.1	Anca	017.6	Ghiandole surrenali
015.2	Ginocchio	017.7	Milza
015.7	Altre ossa	017.8	Altri organi
015.8	Altre articolazioni		
015.9	Non specificata		

Localizzazioni multiple

La localizzazione polmonare, quando presente, dovrà essere sempre segnalata. Dovrà, quindi, essere segnalata anche quando rappresenta una localizzazione secondaria (incluse le forme miliari).

Quando sono presenti **due diverse localizzazioni** (polmonare/extrapolmonare oppure due extrapolmonari) riportarle entrambe.

Nel caso di **tre o più localizzazioni** comportarsi come segue: barrare sempre la casella "disseminata";

- se si tratta di localizzazione polmonare più diverse localizzazioni extrapolmonari, barrare la casella "polmonare" e riportare le due localizzazioni extrapolmonari considerate principali;

- se si tratta di tre o più localizzazioni extrapolmonari, riportare le due principali. Nel caso di **isolamento da sangue**, riportare la voce "disseminata".

Nelle **forme miliari**, segnalare la localizzazione d'organo (ad esempio polmonare nelle forme miliari polmonari) e barrare la casella "disseminata".

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE MODELLO 15 - Classe IV e V

Le modalità di notifica sono riportate sul D.M. 15 dicembre 1990.

Si definisce "focolaio epidemico" il verificarsi di due o più casi della stessa malattia in un gruppo di persone appartenenti ad una stessa comunità (famiglia, scuola, caserma, istituti di ricovero, ecc.) o comunque esposti ad una comune fonte di infezione.

- 1) Compilare con il numero complessivo delle persone presenti nella comunità coinvolta (famiglia, scuola, caserma, istituti di ricovero, ecc.), o verosimilmente esposte al contagio.
- 2) Data inizio sintomi del primo caso osservato.
- 3) Distanza in giorni tra l'inizio dei sintomi del primo caso e l'inizio dell'ultimo caso.
- 4) Numero complessivo di casi della stessa malattia riconducibili alla medesima fonte di infezione.

CLASSE V

RIENTRANO IN QUESTA CLASSE LE MALATTIE INFETTIVE E DIFFUSIVE NOTIFICATE ALLA USL E NON COMPRESSE NELLE 4 CLASSI PRECEDENTI E LE ZONOSI DI CUI AL DPR 320/54 - UTILIZZARE IL PRESENTE MODELLO SOLO QUANDO LE MEDESIME ASSUMANO CARATTERISTICHE DI FOCOLAIO EPIDEMICO.

Scheda di notifica di caso di sindrome/infezione da rosolia congenita

(riservato al Ministero della Salute) Codice identificativo

Regione _____ 	Provincia _____
Comune _____ 	ASL _____

Sezione 1 - INFORMAZIONI ANAGRAFICHE del PAZIENTE

Cognome _____	Nome _____	sesso: M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Codice SSN 	Cittadinanza _____		
Luogo di nascita _____	data di nascita (gg/mese/anno) 	Peso alla nascita in grammi 	Peso Non Noto <input type="checkbox"/>
Residenza _____	Età Gestazionale (EG) in settimane 	EG Non Nota <input type="checkbox"/>	
Via/piazza e numero civico _____	Comune _____	Provincia _____	ASL
Domicilio abituale, se diverso dalla Residenza _____			
Età in cui è stata diagnosticata la rosolia congenita: Anni <input type="checkbox"/> Mesi <input type="checkbox"/> < 1 mese <input type="checkbox"/> Non Noto <input type="checkbox"/> Data diagnosi 			

Sezione 2 - CARATTERISTICHE CLINICHE

Barrare la/e voce/i che interessano (S=SI, N=NO, NN=NON NOTO)

Segni e sintomi di Gruppo A				Segni e sintomi di Gruppo B
	S	N	NN	
ipoacusia/sordità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	meningoencefalite
cataratta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	microcefalia
glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ritardo mentale
retinopatia pigmentosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	porpora
cardiopatia congenita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	splenomegalia
<i>Se cardiopatia congenita, barrare la voce che interessa:</i>				epatomegalia
pervietà dotto arterioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ittero
stenosi polmonare perifer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	radiolucenza ossa lunghe
card. congenita non nota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
altra cardiopatia, specificare _____				
Altri segni o sintomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	se SI, specificare _____
Bambino in vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se sì, data ultima valutazione del bambino
				Se no, data decesso

autopsia eseguita Referto anatomopatologico finale _____

Causa di morte (dal relativo certificato) 1: _____ (iniziale)
2: _____ (intermedia)
3: _____ (finale)

Sezione 3 - STORIA MATERNA

Cognome e Nome della madre _____ età al momento del parto

occupazione al momento del concepimento _____ NN

numero precedenti gravidanze (totale) NN numero parti NN

madre vaccinata contro la rosolia S N NN se SI, data vaccinazione

Rubeotest eseguito prima della gravidanza S N NN se SI, data esecuzione risultato: Immune
Susceptibile
NN

Informazioni cliniche sulla gravidanza S N NN durante questa gravidanza ha usufruito di assistenza pre-natale? data prima visita

durante questa gravidanza ha avuto una malattia simile a rosolia? se SI, a che settimana EG

se si, caratteristiche cliniche della malattia:
rash cutaneo data esordio
febbre
linfadenopatia
artralgia/artrite
altro, specificare _____

la malattia è stata diagnosticata da un medico?
il medico ha fatto diagnosi di rosolia?
è stata effettuata diagnosi di laboratorio? Se SI, compilare la sezione "esami di laboratorio"
la madre è stata esposta ad un caso noto di rosolia?

Se SI, specificare eventuale grado di relazione _____
del caso di rosolia presumibile fonte di esposizione (partner, figlio, parente, collega, etc..)

luogo presumibile dell'esposizione al contagio _____

Numero di bambini di età < 18 anni conviventi con la madre durante la gravidanza: di cui n. vaccinati contro la rosolia NN

Sezione 4 - ESAMI DI LABORATORIO

Esami di laboratorio effettuato per confermare la diagnosi

bambino	tipo di campione*	data prelievo	laboratorio	metodica**	risultato
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____	_____

madre	tipo di campione*	data prelievo	laboratorio	metodica**	risultato
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____	_____

* indicare il tipo di campione biologico su cui viene effettuato l'esame di laboratorio (sangue, urine, liquor, biopsia tissutale specificando l'organo, etc)

** indicare il metodo di laboratorio utilizzato (ricerca delle IgM e/o IgG specifiche, IgG persistenza, isolamento virale, PCR). In caso di ricerca delle IgM e/o IgG antirosolia, specificare la metodica (EIA, ELISA, IFA, HI, Agglutinazione su latex, Emoagglutinazione passiva)

Sezione 5 - CLASSIFICAZIONE INIZIALE E FINALE del CASO

CLASSIFICAZIONE INIZIALE (QUESTA SEZIONE VA COMPILATA DAL SANITARIO CHE NOTIFICA IL CASO)

sospetto probabile confermato sola infezione aborto

CLASSIFICAZIONE FINALE (QUESTA SEZIONE E' RISERVATA AL MINISTERO DELLA SALUTE)

sospetto probabile confermato sola infezione aborto non SRC

data di classificazione finale

data di notifica Sanitario che ha compilato la notifica _____
(timbro e firma)

recapito _____ telefono _____ telefax _____ e-mail _____

ISTRUZIONI E NOTE PER LA COMPILAZIONE

La scheda di notifica va compilata per tutti i casi sospetti di rosolia congenita, inclusi i nati morti ed i bambini nati da madre con infezione confermata da rosolia in gravidanza asintomatici alla nascita.

Il flusso di notifica, riportato in dettaglio nell'allegato 1, è il seguente:

Medico segnalatore ASL Regione/PP.AA. Ministero Salute/ISS - ISTAT

DEFINIZIONI IN CASO DI ROSOLIA CONGENITA

Descrizione clinica

Malattia congenita dovuta ad infezione rubeolica contratta in utero e caratterizzata dalla presenza da uno o più dei seguenti segni e sintomi:

- a) cataratta/glaucoma congenito, cardiopatia congenita, ipoacusia/sordità, retinopatia pigmentosa, cui possono essere associati:
- b) porpora trombocitopenica, epatomegalia, splenomegalia, ittero, microcefalia, meningoencefalite, ritardo mentale, ipoevolutismo, lesioni ossee a carico delle metafisi delle ossa lunghe.

Definizione clinica

Presenza di segni, sintomi o dati di laboratorio compatibili con infezione congenita da virus rubeolico.

Criteri diagnostici di laboratorio

- isolamento di virus della rosolia da campioni biologici, oppure
- PCR positiva per virus della rosolia, oppure
- dimostrazione di IgM specifiche anti virus della rosolia nei primi mesi di vita, oppure
- persistenza di titolo anticorpale IgG anti virus della rosolia in un neonato o in un lattante oltre il limite temporale normalmente atteso per la persistenza di anticorpi materni (tempo di dimezzamento: circa un mese).

Classificazione dei casi

- Sospetto: ogni bambino con segni e sintomi clinici compatibili con SRC, ma che non risponde in tutto ai criteri per caso probabile
- Probabile: un caso non confermato da esami di laboratorio, ma che presenta almeno due delle manifestazioni cliniche illustrate nel punto a) oppure una di quelle del punto a) e una di quelle di cui al punto b), e non abbia evidenza di altra eziologia.
- Confermato: un caso clinicamente compatibile, confermato da esami di laboratorio oppure un caso probabile, ma epidemiologicamente correlato con un caso confermato, cioè a contatto con il caso confermato in un periodo di tempo compatibile con l'incubazione della malattia
- Sola infezione (IRC): un caso con diagnosi di laboratorio di infezione, ma assenza di sintomi o segni clinici.

Nota bene:

Ai fini della classificazione dei casi, la presenza contemporanea di più sintomi a carico dello stesso organo bersaglio (ad esempio: cataratta e glaucoma congenito, stenosi della polmonare e pervietà del dotto di Botallo) viene considerata come un unico sintomo di gruppo A.

Nei casi classificati come sola infezione, il riscontro in epoche successive di uno qualsiasi dei segni o sintomi compatibili con SRC deve fare riclassificare il caso.

	S	N	NN	Ordine temp.	data comparsa	data risoluzione (anche approssimativo)
rash cutaneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
febbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
linfadenopatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
artralgia/artrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
altro, specificare	<input type="text"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	S	N	NN
La malattia è stata diagnosticata da un medico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il medico ha fatto diagnosi di rosolia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono state effettuate indagini di laboratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se SI, compilare la sezione "esami di laboratorio" (sez. 4)			
C'è stato contatto con un caso noto di rosolia ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se SI, indicare grado di relazione con la presumibile fonte di esposizione (partner, figlio, convivente, parente, collega lavoro, compagno figli, etc...)			
Luogo presumibile dell'esposizione al contagio (e indirizzo)	<input type="text"/>		
Numero di bambini di età < 18 aa. conviventi durante la gravidanza:	<input type="text"/>	di cui n. vaccinati contro la rosolia	<input type="text"/> NN <input type="checkbox"/>

Sezione 4-ESAMI DI LABORATORIO

Esami di laboratorio effettuato per confermare la diagnosi				
tipo di campione*	data prelievo	laboratorio	TEST (metodica)	risultato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* indicare il tipo di campione biologico su cui viene effettuato l'esame di laboratorio (sangue, urine etc)

** indicare il metodo di laboratorio utilizzato (ricerca delle IgM e/o IgG specifiche, isolamento virale, PCR). In caso di ricerca delle IgM e/o IgG antirosolia, specificare la metodica eseguita per la diagnosi (EIA, ELISA, IFA, HI, Agglutinazione su latex, Emoagglutinazione passiva)

Sezione 5 – ESITO DELLA GRAVIDANZA

QUESTA SEZIONE PUÓ ESSERE COMPILATA IN SEGUITO

Nato vivo Nato morto Interruzione volontaria (Età Gestazionale: sett) Aborto(Età Gestazionale: sett)

Sezione 6 - CLASSIFICAZIONE DEL CASO

CLASSIFICAZIONE INIZIALE (QUESTA SEZIONE VA COMPILATA DAL SANITARIO CHE NOTIFICA IL CASO)

sospetto probabile confermato sola infezione aborto

CLASSIFICAZIONE FINALE (QUESTA SEZIONE E' RISERVATA AL MINISTERO DELLA SALUTE)

sospetto probabile confermato sola infezione

data di classificazione finale (gg/mm/aaaa)

data di notifica Sanitario che ha compilato la notifica
(gg/mm/aaaa) (timbro e firma) _____

recapito _____ telefono _____ telefax _____ e-mail _____

ISTRUZIONI E NOTE PER LA COMPILAZIONE

La scheda di notifica va compilata per tutti i casi sospetti di infezione da virus della rosolia in gravidanza, inclusi quelli in cui solo la presenza di IgM positive è alla base del sospetto diagnostico.

Il flusso di notifica, riportato in dettaglio nell'allegato 1, è il seguente:

Medico segnalatore ASL Regione/PP.AA. Ministero Salute/ISS - ISTAT

DEFINIZIONI DI CASO DI ROSOLIA [1]

Descrizione clinica

Quadro clinico compatibile con la rosolia, vale a dire manifestazione acuta di esantema generalizzato maculopapulare e artralgia/artrite, linfadenopatia o congiuntivite.

Criteri diagnostici di laboratorio

- Individuazione degli anticorpi immunoglobulina M alla rosolia in mancanza di vaccinazione recente.
- Dimostrazione di una risposta specifica degli anticorpi IgG alla rosolia in mancanza di vaccinazione recente.
- Isolamento del virus della rosolia in mancanza di vaccinazione recente.
- PCR positiva per virus della rosolia.

Classificazione dei casi

Possibile: Un caso che corrisponde alla definizione del caso clinico.

Probabile: Un caso clinicamente compatibile che ha un collegamento epidemiologico.

Confermato: Un caso clinicamente compatibile confermato in laboratorio.

[1] Decisione della Commissione Europea del 19 marzo 2002 che stabilisce la definizione dei casi ai fini della dichiarazione delle malattie trasmissibili alla rete di sorveglianza comunitaria istituita ai sensi della decisione n. 2119/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio.