SCHEDA PER LA SEGNALAZIONE DI CASI DI INFEZIONE DA VIRUS RESPIRATORI

☐ Primo Invio ☐ Aggiornamento

Caso di: _____ **Data di segnalazione:** |_____|

Medico che compila la scheda:

Cognome: |_____| **Nome:** |_____|

Telefono: |_____| **Email** |_____|

Dati Anagrafici

Cognome: |_____| **Nome:** |_____|

Sesso: ☐ M ☐ F **Data di nascita:** |_____|

Comune/Nazione di Nascita:|_____| **Prov** |____|

Cittadinanza: |_____| **Telefono:** |_____|

Codice Fiscale/Cod. identificativo personale (paz. straniero): |_____|

|☐| Non Noto |☐| Senza fissa dimora

Stato civile: |_____| **Titolo di studio:** |_____|

Professione: |_____|

RESIDENZA

Nazione: |_____| **Comune:** |_____| **Prov** |____|

Indirizzo |_____| **Recapito telefonico:** |_____|

Altri Recapiti telefonici: |_____|

DOMICILIO ***(se diversa dalla residenza)***

Nazione: |_____| **Comune:** |_____| **Prov** |____|

Indirizzo |_____|

SE RESIDENTE/DOMICILIATO IN UN PAESE DIVERSO DALL'ITALIA:

Data partenza dal proprio paese: |_____| **Data ingresso in Italia:** |_____|

Ha visitato altri paesi nel periodo di incubazione?: Sì ☐ No ☐

In stato di gravidanza? Sì ☐ No ☐ Non noto ☐ se Sì, settimane di gestazione: |____|

Allegato 3

Informazioni sullo Stato Vaccinale

Il paziente è stato vaccinato per influenza nella corrente stagione: Sì ☐ No ☐ Non noto ☐

se Sì, **Nome commerciale del vaccino:** |_____| **Data della vaccinazione:** |_____|

Informazioni Cliniche del Paziente

Segni e sintomi rilevanti	✓	**Data esordio**		✓	**Data esordio**
Artralgia/Artrite	☐	|_____|	Ipertransaminasemia	☐	|_____|
Astenia	☐	|_____|	Linfoadenopatia/linfadenite	☐	|_____|
Cefalea	☐	|_____|	Mialgia	☐	|_____|
Congiuntivite	☐	|_____|	Nausea	☐	|_____|
Diarrea	☐	|_____|	Paralisi Flaccida Acuta	☐	|_____|
Dispnea	☐	|_____|	Polmonite	☐	|_____|
Dolori Addominali	☐	|_____|	Rigor Nucalis	☐	|_____|
Emorragie cutanee/mucose	☐	|_____|	Sepsi/shock settico	☐	|_____|
Esantema/Rash Cutaneo	☐	|_____|	Sindrome di tipo influenzale	☐	|_____|
Faringite/faringodinia	☐	|_____|	Tosse	☐	|_____|
Febbre	☐	|_____|	Vomito	☐	|_____|
Ittero	☐	|_____|			
Altro, specificare	_____				|_____|

Altri Sintomi/segni/affezioni a carico di	***Specificare***	✓	**Data esordio**
Sistema Nervoso Centrale		☐	|_____|
Sistema Nervoso Periferico		☐	|_____|
Vie respiratorie superiori		☐	|_____|
Vie respiratorie inferiori		☐	|_____|
Apparato cardiovascolare		☐	|_____|
Apparato digerente		☐	|_____|
Apparato uro-genitale		☐	|_____|
Apparato urinario		☐	|_____|
Apparato muscolo-scheletrico		☐	|_____|
Cute (lesioni cutanee)		☐	|_____|
Altro specificare		☐	|_____|

Ricovero: Sì ☐ No ☐ **Isolamento fiduciario:** Sì ☐ No ☐

Data ricovero: |_____| **Nome Ospedale**: |_____|

Reparto: Terapia intensiva/rianimazione (UTI) ☐ Intubato ☐ ECMO ☐

DEA/EAS ☐

Terapia sub intensiva ☐

Cardiochirurgia ☐

Malattie Infettive ☐

Altro, specificare ☐ _____

Terapia Antivirale: Sì ☐ No ☐ Non noto ☐ se si, Oseltamivir ☐ Zanamivir ☐ Peramivir ☐

Data inizio terapia: |_____| **Durata:** |___| (giorni)

Presenza di patologie croniche: Sì ☐ No ☐ Non noto ☐ *se sì quali?*

Tumore	| Sì |	| No |	| Non noto |		Malattie renali	| Sì |	| No |	| Non noto |
Diabete	| Sì |	| No |	| Non noto |		Malattie metaboliche	| Sì |	| No |	| Non noto |
Malattie cardiovascolari	| Sì |	| No |	| Non noto |		Obesità BMI tra 30 e 40	| Sì |	| No |	| Non noto |
Deficit immunitari	| Sì |	| No |	| Non noto |		Obesità BMI > 40	| Sì |	| No |	| Non noto |
Malattie respiratorie	| Sì |	| No |	| Non noto |				
Altro, specificare	| Sì |	| No |	| Non noto |	_____			

Allegato 3

Dati di Laboratorio

2019-nCoV:

Tipologia campione:	Metodica:_____	Metodica: _____	Data
_____	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	_____
_____	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	_____
_____	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	_____

Influenza:

Tipologia campione:	Metodica:_____	Metodica: _____	Data
_____	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	_____
_____	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	_____
_____	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	_____

MERS-CoV

Tipologia campione:	Metodica:_____	Metodica: _____	Data
_____	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	_____
_____	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	_____
_____	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	_____

Altro(specificare):_____ **:**

Tipologia campione:	Metodica:_____	Metodica: _____	Data
_____	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	_____
_____	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	_____
_____	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	_____

Altro(specificare):_____ **:**

Tipologia campione:	Metodica:_____	Metodica: _____	Data
_____	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	_____
_____	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	_____
_____	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	Pos Neg Dubbio Non effettuato In corso	_____

Invio campione al Laboratorio Regionale Sì ☐ No ☐ Data invio: _____

Invio campione al Laboratorio Nazionale Sì ☐ No ☐ Data invio: _____

Allegato 3

Link epidemiologico

Negli ultimi 15 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso si è recato in un Paese dove siano stati confermati casi di polmonite da **nuovo coronavirus o MERS_COV**? Sì ☐ No ☐ Non noto ☐ Se sì,

dove _____ data di arrivo : |_____| data di partenza : |_____|

dove _____ data di arrivo : |_____| data di partenza : |_____|

dove _____ data di arrivo : |_____| data di partenza : |_____|

data di arrivo in Italia: |_____|

Informazioni Aggiuntive viaggio

Mezzo di trasporto: ☐ Aereo ☐ Nave/traghetto ☐ Treno ☐ Automobile ☐ Pullman

☐ Altro,specificare: |_____|

Disponibilità informazioni identificative del viaggio: Si ☐ No ☐

Indicare volo di ritorno in Italia (o compagnia aerea e itinerario se disponibili) e aeroporto arrivo

_____

_____

Negli ultimi 15 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso è stato a contatto con una persona affetta da polmonite da **nuovo coronavirus o MERS_COV**? Si ☐ No ☐ Non noto ☐ Se sì,

dove _____ data di arrivo : |_____| data di partenza : |_____|

dove _____ data di arrivo : |_____| data di partenza : |_____|

dove _____ data di arrivo : |_____| data di partenza : |_____|

data esposizione: |_____|

Complicanze

Se presenza complicanze, specificare: |_____|

Data complicanza: |_____| **Eseguita radiografia:** Si ☐ No ☐ Non noto ☐

Polmonite | Sì | | No | | Non noto |

Polmonite virale primaria | Sì | | No | | Non noto |

Polmonite batterica secondaria | Sì | | No | | Non noto |

Polmonite mista | Sì | | No | | Non noto |

Grave insufficienza respiratoria acuta (SARI): | Sì | | No | | Non noto |

Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS): | Sì | | No | | Non noto |

Altro, specificare | Sì | | No | | Non noto | _____

Diagnosi Esito e Follow-up

Diagnosi per

☐	A(H1N1)pdm09		☐	B
☐	A(H3N2)		☐	nuovo coronavirus (2019 – nCoV)
☐	A/non sotto-tipizzabile come A(H1N1)pdm09 o A(H3N2)		☐	MERS_CoV
☐	A/Altro sottotipo |_____|		
☐	Altra diagnosi (specificare): _____			

Data diagnosi del laboratorio: |_____|

Esito: Guarigione ☐ Data: |_____|

Decesso ☐ Data: |_____|

Presenza esiti ☐ Specificare |_____|

Allegato 3

Definizione di caso di SARI: un paziente ospedalizzato di qualsiasi età anni con:

- almeno un segno o sintomo respiratorio (tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie) presenti al momento del ricovero o nelle 48 ore successive all'ammissione in ospedale e
- almeno un segno o sintomo sistemico (febbre o febbricola, cefalea, mialgia, malessere generalizzato) o deterioramento delle condizioni generali (astenia, perdita di peso, anoressia o confusione e vertigini).

La data di inizio sintomi (o l'aggravamento delle condizioni di base, se croniche) non deve superare i 7 giorni precedenti l'ammissione in ospedale.

Definizione di ARDS: paziente ospedalizzato di qualsiasi età anni con:

sindrome infiammatoria polmonare, caratterizzata da lesioni alveolari diffuse ed aumento della permeabilità dei capillari polmonari, con incremento dell'acqua polmonare extracapillare, definito come edema polmonare non cardiaco, che richieda un ricovero ospedaliero in UTI e/o il ricorso alla terapia in ECMO in cui sia stata confermata, attraverso specifici test di laboratorio, la presenza di un tipo/sottotipo di virus influenzale.

Clinicamente l'ARDS è caratterizzata da una dispnea grave, tachipnea e cianosi, nonostante la somministrazione di ossigeno, riduzione della "compliance" polmonare ed infiltrati polmonari bilaterali diffusi a tutti i segmenti. Secondo l'American European Consensus Conference la diagnosi di ARDS può essere posta qualora siano presenti i seguenti criteri:

- insorgenza acuta della malattia;
- indice di ossigenazione PaOz/FiOz inferiore a 200 mmHg, indipendentemente dal valore PEEP (Positive End Expiratory Pressure);
- infiltrati bilaterali alla radiografia toracica in proiezione antero-posteriore;
- pressione di chiusura dei capillari polmonari (PCWP) inferiore a 18 mmHg, escludendo un'origine cardiaca dell'edema polmonare.