

SCHEDA PER LA SEGNALAZIONE DI CASI DI INFEZIONE DA VIRUS RESPIRATORI

La versione compilabile elettronicamente è scaricabile dal sito della Regione Lazio,

dall'indirizzo <http://www.inmi.it/bedmanager> o www.inmi.it/seresmi

Copia della scheda dovrà essere inviata alla ASL di competenza

☐ 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: _____

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 Nuchalis	☐	_____
Emorragie cutanee/mucose	☐	_____	Sepsi/shock settico	☐	_____
Esantema/Rash Cutaneo	☐	_____	Sindrome di tipo influenzale	☐	_____
Faringite/faringodinia	☐	_____	Tosse	☐	_____
Febbre	☐	_____	Vomito	☐	_____
Ittero	☐	_____			
Altro, specificare		_____			_____

Altri Sintomi/segna/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 sì, 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	_____				

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: _____

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: Sì ☐ 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**? 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 esposizione: _____

Complicanze

Se presenza complicanze, specificare: _____

Data complicanza: _____ Eseguita radiografia: Sì ☐ No ☐ Non noto ☐

Polmonite	☐ Sì	☐ No	☐ Non noto	Polmonite virale primaria	☐ Sì	☐ No	☐ Non noto
	☐ 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 febbre, 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 PaO_2/FiO_2 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.