



Azienda Ulss 20 di Verona
Direzione Medica Ospedale Fracastoro San Bonifacio
Servizio Igiene e Sanità Pubblica

La Notifica delle Malattie Infettive nell'Azienda Ulss 20 di Verona

Istruzione Operativa

Edizione 1 - Dicembre 2011



Redatta da:

Dott.ssa Diana Pascu	Direzione Medica Ospedaliera
Ass. San Lucrezia Tognon	Ufficio Profilassi Malattie Infettive – Dip. Prevenzione
Inf. Lorella Tessari	Ufficio promozione Igiene – Direzione Medica Ospedaliera
Inf. Federica Ugola	

Supervisione:

Dott. Giambattista Zivelonghi	Responsabile Ufficio Profilassi Malattie Infettive – Dip. prevenzione
Dott. Paolo Montresor	Direttore Presidi Ospedalieri Ulss 20

Approvazione:

Dott.ssa Chiara Bovo	Direttore Sanitario Azienda Ulss 20 di Verona Ulss 20
----------------------	--

Lista di distribuzione

Unità Operative: Ospedale "G. Fracastoro" San Bonifacio e Ospedale Integrativo di rete di Marzana.
Distretti e Dipartimenti sanitari

Modifiche

Edizione revisione	e Data	Descrizione e/o modifica
Edizione1 Revisione 0	Dicembre 2011	/



INDICE

PREMESSE.....	4
SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	4
RIFERIMENTI	4
CLASSI DI NOTIFICA.....	5
RESPONSABILITÀ	8
NOTIFICA MALATTIE INFETTIVE: FLOW-CHART	9
DOCUMENTAZIONE SPECIFICA "FLUSSI SPECIALI"	12
Allegato 1. Questionario SEIVA: notifica Epatite A-B-C-D-E.....	13
Allegato 2 – Notifica Infezione HIV	16
Allegato 3 – Notifica malattie di Chikungunya, Dengue, West Nile.....	18
Allegato 4 – Notifica malattia di Creutzfeldt-Jakob	21
Allegato 5. Notifica legionellosi	23
Allegato 6 – Notifica malaria.....	26
Allegato 7 – Notifica SARS.....	28
Allegato 8 – Notifica tubercolosi e micobatteriosi non tubercolari.....	30
Allegato 9 – Notifica delle forme gravi e complicate e dei decessi da virus influenzali.....	36



PREMESSE

Nel controllo e nella prevenzione delle malattie infettive, la notifica rappresenta un punto chiave per la Sanità Pubblica, sia perché permette di tracciare il profilo epidemiologico di tali malattie a livello locale/regionale, sia perché dà l'avvio all'inchiesta epidemiologica, consentendo in tal modo di mettere in atto tutte quelle misure volte a limitare l'estensione della patologia stessa.

Il Ministero della Salute, attraverso il Decreto Ministeriale [15 dicembre 1990](#), stabilisce quali sono le malattie soggette a notifica da parte del personale medico che accerti o anche solo sospetti l'insorgenza della patologia e definisce il flusso informativo e le relative modalità di segnalazione.

Parallelamente alla notifica routinaria delle malattie infettive, sono stati istituiti, nel corso degli anni, sistemi di sorveglianza dedicati qualora si **sia** avuta necessità di una raccolta tempestiva e dettagliata di informazioni su specifiche patologie: (es. Legionellosi, Meningiti batteriche, Epatiti virali acute, Influenza, TBC, Tossinfezioni alimentari, Paralisi flaccide, Malattia di Creutzfeldt Jacob, Haemophilus Influenzae).

SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura riassume le indicazioni fornite dalla normativa nazionale e regionale allo scopo di migliorare, uniformare ed aggiornare i flussi di notifica delle malattie infettive nei contesti clinico assistenziali dell'Azienda ULSS 20 di Verona. Il documento vuole essere uno strumento di aiuto alle Unità Operative/Servizi dell'Azienda ULSS 20 di Verona, in caso di sospetto o diagnosi certa di malattia infettiva.

RIFERIMENTI

- Azienda Ulss 20. Dirigenza Sanitaria Ospedale; "Modalità di trasmissione delle denunce di malattie infettive", prot. n. 1481/037, 6 dicembre 1995.
- AIDS: Decreto Ministeriale n.288 del 28/11/86
- Botulismo: Circolare del Ministero n. 9, 1° luglio 1996
- Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990 "Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse"
- Decreto Ministeriale 29 luglio 1998 "Modificazione alla scheda di notifica di caso di tubercolosi e micobatteriosi non tubercolare"
- Tetano: Circolare del Ministero della Sanità n. 52 del 9 agosto 1982.
- Decreto Ministeriale 21 dicembre 2001 "Sorveglianza obbligatoria della malattia di Creutzfeldt-Jakob"
- Circolare Ministero della Salute 400.3/113.3/2050 del 10/04/03 "Sindrome respiratoria acuta severa (SARS) – Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza, controllo, gestione clinica"
- Circolare Ministeriale Ministero della Salute 400.3/113.3/5179 del 02/10/03 "Schema di sorveglianza della SARS in periodo postepidemico"
- Circolare Ministero della Salute del 4 agosto 2006. Sorveglianza della Chikungunya.
- Decreto Ministeriale 14 ottobre 2004 "Notifica obbligatoria della sindrome/infezione da rosolia congenita"
- Circolare Ministeriale Min. Salute 2 del 05/08/05 "Notifica obbligatoria della infezione da rosolia in gravidanza e della sindrome/infezione da rosolia congenita"
- Regione del Veneto. Sorveglianza delle ospedalizzazioni, delle forme gravi e complicate e dei decessi della nuova influenza da virus influenzale A/H1N1. Circolare Ministeriale 19/11/2009 e Circolare Ministeriale 26/11/2009. Nota della giunta regionale del 27 novembre 2009, protocollo n. 665208/50.0350/e.920.20.1.
- Circolare Ministeriale 12.01.2011. Monitoraggio dell'andamento delle forme gravi e complicate di influenza stagionale 2010-2011.
- Ministero della Salute. Sorveglianza della Malattia di West Nile in Italia – 2010.
- Regione del Veneto. Protocollo per la sorveglianza passiva delle febbri estive in Regione Veneto. Luglio 2010.
- Regione del Veneto. Assessorato alla Sanità. Direzione Prevenzione. Malattie Infettive: sorveglianze speciali.

CLASSI DI NOTIFICA

Il Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990 prevede 5 classi di notifica caratterizzati da tempi e modalità di notifica diversificati.

classi di notifica		Tempi di notifica
CLASSE 1	Malattie soggette a segnalazione immediata perché rivestono particolare interesse o gravità, o perché soggette a regolamento sanitario internazionale	entro 12 ore
CLASSE 2	Malattie rilevanti ad alta frequenza e/o passibili di interventi di controllo	entro 48 ore
CLASSE 3	Malattie per le quali sono richieste particolari documentazioni	entro 48 ore
CLASSE 4	Malattie per le quali alla segnalazione del medico deve seguire la segnalazione dell'Azienda Ulss solo quando si verificano focolai epidemici	entro 24 ore
CLASSE 5	Malattie infettive e diffuse non comprese nelle classi precedenti, zoonosi indicate dal D.P.R. 320/54; in caso di focolaio epidemico devono essere segnalate con le modalità previste per la classe 4	entro 48 ore

L'Azienda Ulss 20 di Verona ha adottato una scheda unica per la notifica delle malattie infettive che deve essere trasmessa secondo i tempi stabiliti nella normativa per ciascuna classe di appartenenza. Per alcune malattie sono previsti flussi specifici che richiedono particolari modelli di indagine ad integrazione (**+ scheda specifica**) o sostituzione (**scheda specifica**) della scheda di notifica. Nella tabella seguente sono specificate in rosso le malattie infettive per le quali è richiesta una particolare documentazione.

MALATTIE INFETTIVE CLASSE 1, SEGNALAZIONE IMMEDIATA ENTRO 12 ORE

BOTULISMO	PESTE
COLERA	POLIOMIELITE
DIFTERITE	RABBIA
FEBBRE GIALLA	SARS
FEBBRE RICORRENTE EPIDEMICA	TETANO
FEBBRI EMORRAGICHE VIRALI	TIFO ESANTEMATICO
INFLUENZA CON ISOLAMENTO VIRALE	TRICHINOSI

CASI GRAVI E COMPLICATI/ DECESSI PER INFLUENZA (+ scheda specifica)

MALATTIE INFETTIVE CLASSE 2, SEGNALAZIONE ENTRO 48 ORE

BLENNORRAGIA	LISTERIOSI
BRUCELLOSI	MENINGITE MENINGOCOCCICA
DIARREA INFETTIVA	MENINGO ENCEFALITE V
EPATITE A (+questionario SEIVA)	MORBILLO
EPATITE B (+questionario SEIVA)	PAROTITE EPIDEMICA
EPATITE C (+questionario SEIVA)	PERTOSSE
EPATITE NANB (+questionario SEIVA)	RICKETTSIOSI
EPATITE VIRALE NON S (+questionario SEIVA)	ROSOLIA
FEBBRE TIFOIDE	SALMONELLOSI NON TIFOIDEA
LEGIONELLOSI	SCARLATTINA
LEISHMANIOSI CUTANEA	SIFILIDE
LEISHMANIOSI VISCERA	TULAREMIA
LEPTOSPIROSI	VARICELLA

**MALATTIE INFETTIVE CLASSE 3
FLUSSO INFORMATIVO SPECIALE, SEGNALAZIONE ENTRO 48 ORE**

AIDS/HIV

LEBBRA

MALARIA**scheda specifica****MICOBATTERIOSI****scheda specifica**

ROSOLIA CONGENITA

TUBERCOLOSI**scheda specifica****MALATTIE INFETTIVE CLASSE 4 SEGNALAZIONE IMMEDIATA ENTRO 24 ORE**

DERMATOFITOSI (TIGNA)

INFEZIONI, TOSSINFEZIONI, ED INFESTAZIONI DI ORIGINE ALIMENTARE

PEDICULOSI

SCABBIA (FOCOLATO)

MALATTIE INFETTIVE CLASSE 5, SEGNALAZIONE ENTRO 48 ORE

ACARIASI

NFLUENZA

ACTINOMICOSI

ISTOPLASMOZI

ALTRA MALATTIA

LINFOGRANULOMA VENEREO

AMEBIASI

MALATTIA DA CITOMEGALOVIRUS (CMV)

ANCHILOSTOMIASI E NECATORIASI

MALATTIA DA GRAFFIO DI GATTO

ANISAKIASI

MALATTIA DA PAPPILLOMA VIRUS UMANO

ASCARDIASI

MALATTIA DI LYME (BORRELIOSI)

ASPERGILLOSI

MALATTIA DI REITER

BABESIOSI

MENINGITE BATTERICA

BALANTIDIASI

MENINGITE DA ALTRI ORGANISMI NON BATTERICI O VIRALI

BLASTOMICOSI

MENINGITE DA BATTERI NON SPECIFICATI

BOTRIOCEFALOSI INTESTINALE

MENINGITE DA CANDIDA

CAMPYLOBACTERIOSI

MENINGITE DA COCCIDI

CANDIDOSI

MENINGITE DA CRIPTOCOCCO

GANGRANA GASSOSA

MENINGITE DA HAEMOPHILUS

CARBINCHIO GASTROINTESTINALE

MENINGITE DA HISTOPLASMA

CARBONCHIO

MENINGITE DA LEPTOSPIRA

CARBONCHIO CUTANEO

MENINGITE DA PNEUMOCOCCO

CARBONCHIO POLMONARE

MENINGITE DA TRIPANOSOMA

CARBONCHIO SETTICEMIA

MENINGITE SIFILITICA

CESTODI (ALTRA INFEZIONE DA)

MENINGITE STAFILOCOCCICA

CHIKUNGUNYA (+ scheda specifica)

MENINGITE STREPTOCOCCICA

CICLOSPORIASI

MENINGOENCEFALITE DA TOXOPLASMA

CISTICERCOSI

MENINGOENCEFALITE DA VIRUS HERPES

COCCIDIOMICOSI

MOLLUSCO CONTAGIOSO

COCCIDIOSICONDILOMI ACUMINATI

MONONUCLEOSI INFETTIVA

CONGIUNTIVITE BATT. VIR.

MORVA

MALATTIE INFETTIVE CLASSE 5, SEGNALAZIONE ENTRO 48 ORE

COXACKIOSI

OSSIURIASI

CREUTZFELD-JACOB (MALATTIA) (scheda specifica)

PARASSITOSI INTESTINALE NON SPECIFICATA



CRIPTOCOCCOSI	PEDICULOSI (CASI SPORADICI)
CRIPTOSPORIDIOSI	PINTA
DENGUE (+ scheda specifica)	PNEUMOCISTOSI
DERMATOFITOSI	POLMONITE DA CLAMIDIA
DRACONTIASI	POLMONITE DA HAEMOPHILUS INFLUENZAE
ECHINOCCOSI (IDATIDIOSI)	POLMONITE DA MYCOPLASMA
ELMINTI (ALTRA INFESTAZIONE DA)	POLMONITE DA PSITTACOSI
ENCEFALITE IN MALATTIE DA PROTOZOI	POLMONITE PNEUMOCOCCICA
ENCEFALITE IN MALATTIE DA RICKETTSIE	PSITTACOSI (ORNITOSI)
ENCEFALITE VIRALE DA ZANZARA	SCABBIA (CASI SPORADICI)
ENCEFALITE VIRALE DA ZECCHIE	SCHISTOSOMIASI
ERISPELA	SEPSI (SETTICEMIA) DA ALTRI BATTERI GRAM NEGATIVI
ERITEMA INFETTIVO (QUARTA E QUINTA MALATTIA)	SEPSI (SETTICEMIA) DA ESCHERICHIA COLI
ESANTEMA CRITICO (SESTA MALATTIA)	SEPSI (SETTICEMIA) DA H. I. B.
FARINGITE STREPTOCOCCICA	SEPSI (SETTICEMIA) PNEUMOCOCCICA
FEBBRE Q	SEPSI (SETTICEMIA) STAFILOCOCCICA
FEBBRE QUINTANA	SEPSI (SETTICEMIA) STREPTOCOCCICA
FEBBRE TIFOIDE	SEPSI MENINGOCOCCICA
FILARIASI	SHIGHELLOSI
FRANBOESIA	SINDROME BOCCA MANI PIEDI
GASTROENTERITE	STRONGILOIDIASI
GIARDIASI	TENIASI
GONORREA	TOSSINFEZIONI ALIMENTARI
GRANULOMA INGUINALE	TOXOPLASMOSI
HAEMOPHILUS INFLUENZAE - FORMA INVASIVA	TRACOMA
HERPES GENITALE	TRICHIURIASI
HERPES SIMPLEX	TRICOMONIASI
HERPES ZOSTER	TRIPANOSOMIASI
IMENOLEPIASI	ULCERA VENEREA
IMPETIGINE	URETRITE DA CHLAMYDIA TRACOMATIS
INF. DA VIRUS RESPIRATORIO SINCINZIALE	VIRUS RESPIRATORIO SINCINZIALE
INF. DA ADENOVIRUS (NON SPECIFICATA)	WEST NILE (+scheda specifica)

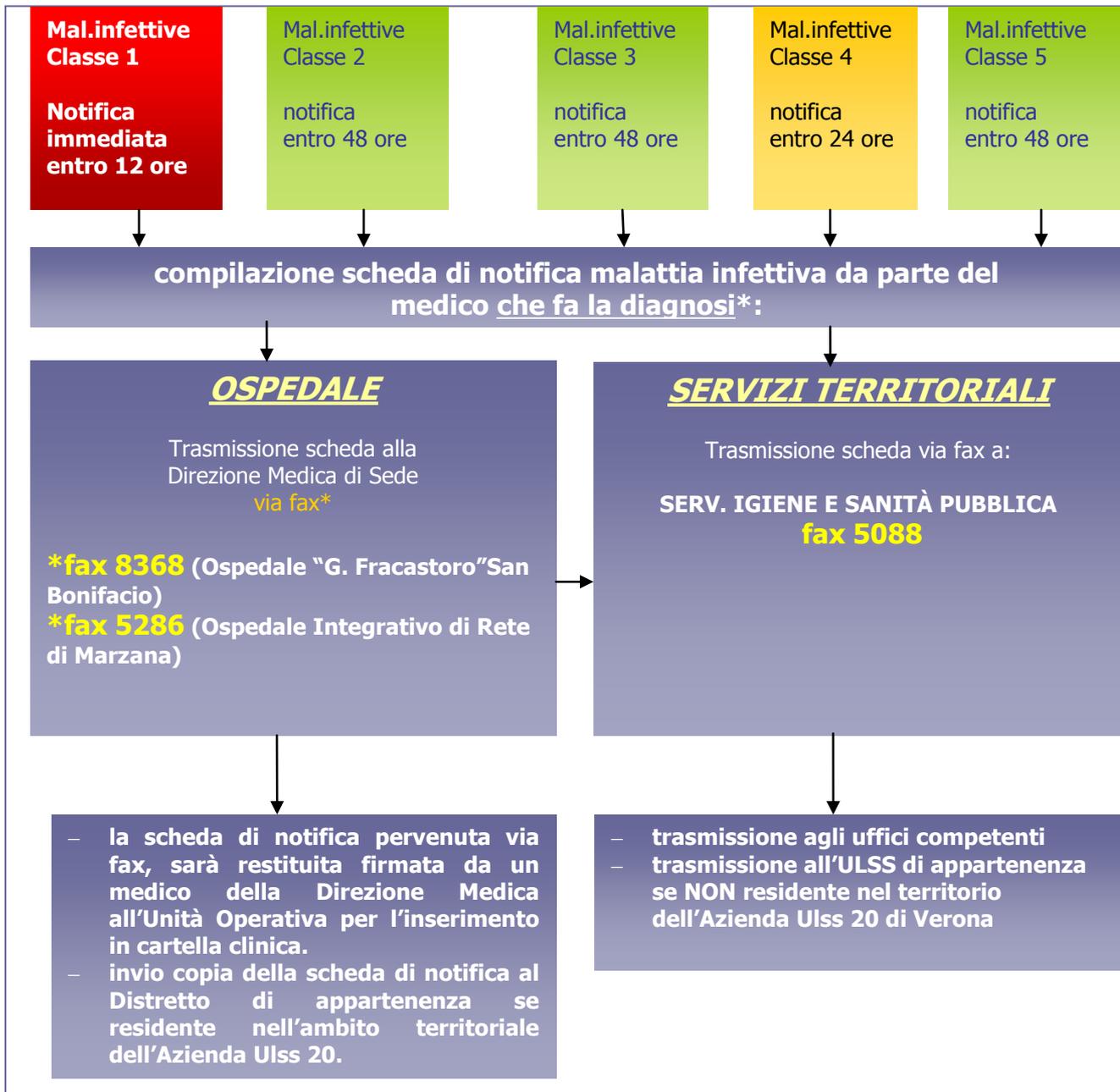


RESPONSABILITÀ

Responsabilità	Medico	Direzione Medica di sede	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica
Notifica di malattia infettiva	X		
Trasmissione agli uffici competenti	X Alla Direzione Medica per l'Ospedale Al Servizio igiene Pubblica per i servizi territoriali	X a Serv. Igiene e Sanità Pubblica e Distretti dell'Azienda Ulss 20	X Alla Regione Alle Aziende Ospedaliere/Ulss in caso di paziente non residente nel territorio dell'Azienda Ulss 20
Restituzione originale scheda notifica se pervenuta per posta interna (per ospedale)		X	

* per le notifiche di malattia infettiva di classe I e di classe IV che devono essere inviate rispettivamente entro 12 e 24 ore, preferire l'invio della scheda tramite fax.

NOTIFICA MALATTIE INFETTIVE: FLOW-CHART



*** la scheda di notifica deve essere compilata anche in caso di sospetto di malattia infettiva e nel dubbio sia stata fatta da altro medico/unità operativa.**

La segnalazione di "caso sospetto" dovrebbe essere seguita da segnalazione di "caso confermato" o di una diagnosi diversa.

Le segnalazioni al Ministero e alla Regione è opportuno che siano fatte dal S.I.S.P.; al Ministero sono segnalati solo i casi "confermati".

Quando la diagnosi è confermata deve essere inviata la scheda di "flusso speciale" (quando richiesta) e inviata con le modalità previste.

Comune

Provincia **Verona**

Altro

SEGNALAZIONE DI MALATTIA INFETTIVA SOSPETTA / ACCERTATA

BARRARE LA CASELLA CHE INTERESSA¹

Malattie prevenibili con vaccinazione

- Differite ☎
- Malattia Invasiva da *H.Influenzae* ☎
- Morbillo ☎
- Parotite
- Pertosse
- Poliomielite/paralisi flaccida acuta <15 anni ☎
- Rosolia
- Rosolia congenita
- Tetano ☎

Epatiti virali acute

- Epatite virale A ☎
- Epatite virale B ☎
- Epatite virale C
- Altre epatiti virali acute

Malattie gastrointestinali e malattie di origine alimentare e idrica

- Botulismo ☎
- Campilobatteriosi
- Colera ☎
- Criptosporidiosi
- Febbre tifoide
- Giardiasi
- Listeriosi
- Malattia da *E. coli* Patogeno
- Paratifo
- Salmonellosi
- Shigellosi
- Tossinfezione alimentare ☎
- Toxoplasmosi
- Trichinosi ☎
- Yersiniosi

Malattie trasmissibili per via aerea

- Legionellosi
- Malattia invasiva da meningococco ☎
- Malattia invasiva da pneumococco
- Meningite batterica ☎
- Scarlattina
- Tubercolosi
- Micobatteriosi non tubercolare
- Varicella

Malattie trasmesse da vettori o altre Zoonosi anche importate

- Brucellosi
- Echinococcosi
- Encefalite trasmessa da zecche
- Encefaliti virali
- Febbre gialla ☎
- Febbre ricorrente epidemica ☎
- Leishmaniosi
- Leptosirosi
- Malaria
- Malattia di Lyme
- Rabbia ☎
- Rickettsiosi

Altre malattie gravi e importanti

- Antrace ☎
- Febbri emorragiche virali ☎
- Malattia di Creutzfeldt-Jacob
- Peste ☎
- Tifo esantematico ☎
- Tularemia
- Vaiolo ☎

☎ Comunicazione immediata (per esigenze di profilassi) **entro le 12 ore:**

- al Distretto o Direzione Medica (per ospedale)
- all'Ufficio Profilassi Malattie Infettive:

Fax: 045 8075088.

e-mail: malattie.infettive@ulss20.verona.it

Comunicazione per via ordinaria entro 48 ore al Distretto o alla Direzione Medica (per ospedale).

DATI RELATIVI AL PAZIENTE

Codice Fiscale²

Cognome:

Nome: **Sesso:** F M

Comune o Stato estero di nascita:

..... **Provincia³**

Data di nascita⁴:/...../..... **Età⁵**

Residenza:

Comune (o Stato Estero) **Prov⁶**

Indirizzo⁷

Domicilio (se diverso da residenza):

Comune (o Stato estero) **Prov⁸**

Indirizzo⁹

Recapito telefonico:

Senza fissa dimora Si No

Collettività frequentata¹⁰:

Gravidanza¹¹: Sì (mesi) / No / Non noto

Data inizio sintomi

Ricovero in luogo di cura¹²:

.....

Criterio diagnostico¹³:

Clinico / Sierologico / Microscopico / Colturale

Altro Materiale.....

Altri casi correlati: Sì (n°) / No / Non noto

Commenti

.....

DATI RELATIVI AL MEDICO (accettabile anche un timbro)

Cognome:

Nome:

N° telefonico:

Data:/...../.....

1. Nella compilazione informatica, le caselle corrispondenti alle varie opzioni possono essere contrassegnate digitando al loro interno una X oppure premendo Alt+p
2. Se il paziente non ha ancora un codice, sarà valido anche l'STP.
3. Da tralasciare se il paese di nascita è uno Stato estero
4. Può accadere che un immigrato non conosca la propria data di nascita. In tal caso cercare di risalire ad un'età approssimativa e segnalarla nella voce seguente
5. L'età presumibile, calcolata sulla base delle indicazioni fornite dal paziente, va segnalata solo se non è possibile stabilire una data di nascita.
6. Da tralasciare se il paziente è domiciliato all'estero
7. Da tralasciare se il paziente è domiciliato all'estero
8. Da tralasciare se il paziente è residente all'estero
9. Da tralasciare se il paziente è residente all'estero
10. Es.: asilo nido, scuola materna, collegio, caserma, istituti penitenziari, comunità terapeutica, comunità alloggio, centro diurno, convento, casa di riposo, campo nomadi, ecc. l'indicazione del nome e dell'indirizzo della collettività frequentata dal paziente permette agli operatori di sanità pubblica di valutare velocemente l'esistenza di altri casi nella stessa collettività e di programmare tempestivamente le misure da intraprendere per il controllo dell'infezione.
11. Lo stato di gravidanza, con la relativa età gestazionale, va segnalato in caso di Morbillo, Rosolia, Varicella, Epatite B e C, Toxoplasmosi, Brucellosi, Malaria, Infezione da Citomegalovirus.
12. Se "Sì" specificare l'ospedale ed il reparto
13. Barrare uno o più criteri utilizzati per la diagnosi, specificando il materiale biologico su cui l'esame è stato eseguito.

Riferimenti per la trasmissione della notifica di malattia infettiva

OSPEDALE

Ospedale Fracastoro San Bonifacio, Direzione Medica: fax 0456138368

Ospedale Integrativo di Rete di Marzana: fax 045 8075286

DISTRETTI

DSB n 1: tel. 045 8075586; fax 045 8075603	<u>Comune di Verona</u> esclusi Borgo Roma, Cadidavid, S.Lucia, Golosine
DSB n 2: tel. 045 581872; fax 045 506005	<u>Comune di Verona</u> : Borgo Roma, Cadidavid, S.Lucia, Golosine. Comuni di Buttapietra, Castel D'Azzano, San Giovanni Lupatoto
DSB n 3: tel. 045 8787777; fax 045 8787752	<u>Comune di Verona:</u> Borgo Venezia, Borgo Trieste, S. Michele Extra, Porto San Pancrazio, Marzana, Montorio <u>Comuni di:</u> Boscochiesanuova, Cerro Veronese, Erbezzo, Grezzana, Lavagno, Rovere veronese, San Martino Buon Albergo
DSB n 4: tel. 045 6138425/27; fax 045 6138423	<u>Comuni di:</u> Albaredo D'Adige, Arcole, Badia Calavena, Belfiore, calmiero, Cazzano di tramigna, Cologna veneta, Colognola Ai Colli, Illasi, Mezzane, Montecchia di Crosara, Monteforte D'Alpone, Pressana, Roncà, Rovereto di Guà, San Bonifacio, San Giovanni Ilarione, San Mauro di Saline, Soave, Selva di Progno, Tregnago, Velo veronese, Veronella Vestenanuova, Zimella.

DOCUMENTAZIONE SPECIFICA "FLUSSI SPECIALI"

Per alcune malattie esiste un flusso di notifica speciale che deve essere compilato dal medico che notifica il caso di malattia infettiva:

1. **Epatite A-B-C-D-E**

Inviare la scheda di notifica via fax e compilare il questionario SEIVA entro 48 ore, entro 12 ore per l'Epatite A e B.

2. **Infezione HIV**

In caso di infezione da HIV la scheda, **in busta chiusa e sigillata e in triplice copia**, deve essere inviata **entro 48 ore** dall'osservazione del caso. Una copia compilata deve rimanere al medico notificatore.

3. **Malattie da vettori: Chikungunya – Dengue - West Nile**

I casi possibili di **malattia di West Nile** e i casi probabili di **Chikungunya – Dengue - trasmesse da vettori devono essere comunicate entro 12 ore** al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (Direzione Medica per le sedi ospedaliere) competente. Se il caso viene confermato rinviare la scheda di notifica aggiungendo nelle note "già segnalato come sospetto".

4. **Malattia di Creutzfeldt-Jakob**

La scheda speciale del caso sospetto di malattia Creutzfeldt-Jakob va inviata **entro 48 ore** al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (Direzione Medica per le sedi ospedaliere), che provvederà ad inviarla alla Direzione Prevenzione della Regione Veneto, al Ministero della Salute Ufficio Malattie Infettive, all'Istituto Superiore di Sanità Laboratorio di Virologia, Reparto di Malattie Degenerative del Sistema Nervoso ad Etiologia Virale.

5. **Legionellosi**

In caso di legionellosi inviare scheda di notifica e scheda di flusso speciale al Servizio Igiene Pubblica (Direzione Medica per le sedi ospedaliere) entro le 48 ore via fax, entro le 24 ore in caso di focolai di legionellosi. Inviare i ceppi clinici sospetti di legionella per tipizzazione e conferma all'ISS: Dr.ssa Maria Luisa Ricci tel: 0649902856; per l'epidemiologia: dr.ssa Maria Cristina Rota mariacristina.rota@iss.it.

6. **Malaria**

Per la malaria, va inviata la scheda di notifica di malattia infettiva + la scheda specifica compilata in tutte le sue parti, **entro 48 ore** al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (Direzione Medica per le sedi ospedaliere); quest' ultimo provvederà ad inviarle insieme ai vetrini relativi alla conferma diagnostica al Ministero della Salute.

7. **SARS**

La scheda di segnalazione di caso sospetto va inoltrata con urgenza a:

- Servizio di Igiene e Sanità Pubblica.
- Direzione Medica Ospedaliera (per l'Ospedale)
- Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione – Ufficio III, Malattie Infettive, fax 06/5994424, e-mail dpv.oeml@sanita.it; dm.caraffa@sanita.it;
- Assessorato Regionale alla Sanità – Servizio di Epidemiologia e Sanità Pubblica, tel. 041/2791355; e-mail epidemiologia@regione.veneto.it;

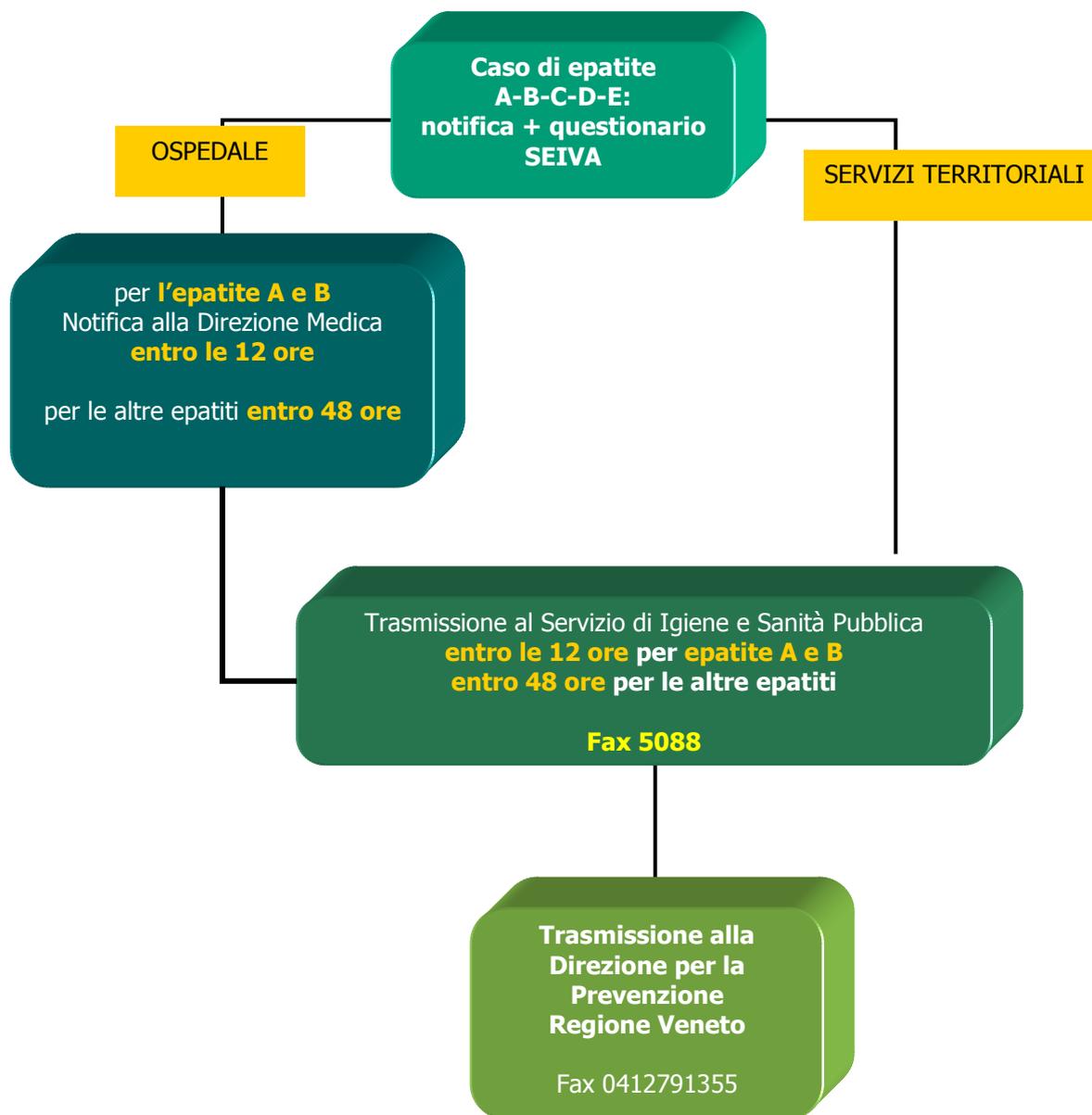
8. **Tubercolosi e micobatteriosi non tubercolari.**

La scheda di notifica va inviata sempre dal Reparto/Servizio che osserva il caso **entro 48 ore** insieme alla scheda di sorveglianza speciale, al Servizio Igiene Pubblica della Azienda Ulss 20 (Direzione Medica per le sedi ospedaliere).

9. **Virus Influenzali: forme gravi, complicate e decessi da virus influenzali**

Casi confermati di influenza da virus A H1/N1, con gravi complicanze quali insufficienza respiratoria acuta e sindrome da distress respiratorio, vanno immediatamente segnalati al Servizio di Igiene Pubblica e Medicina Preventiva dell'ULSS 20 (Direzione Medica per le sedi ospedaliere) che provvederà ad inoltrarla alla Regione.

Allegato 1. Questionario SEIVA: notifica Epatite A-B-C-D-E





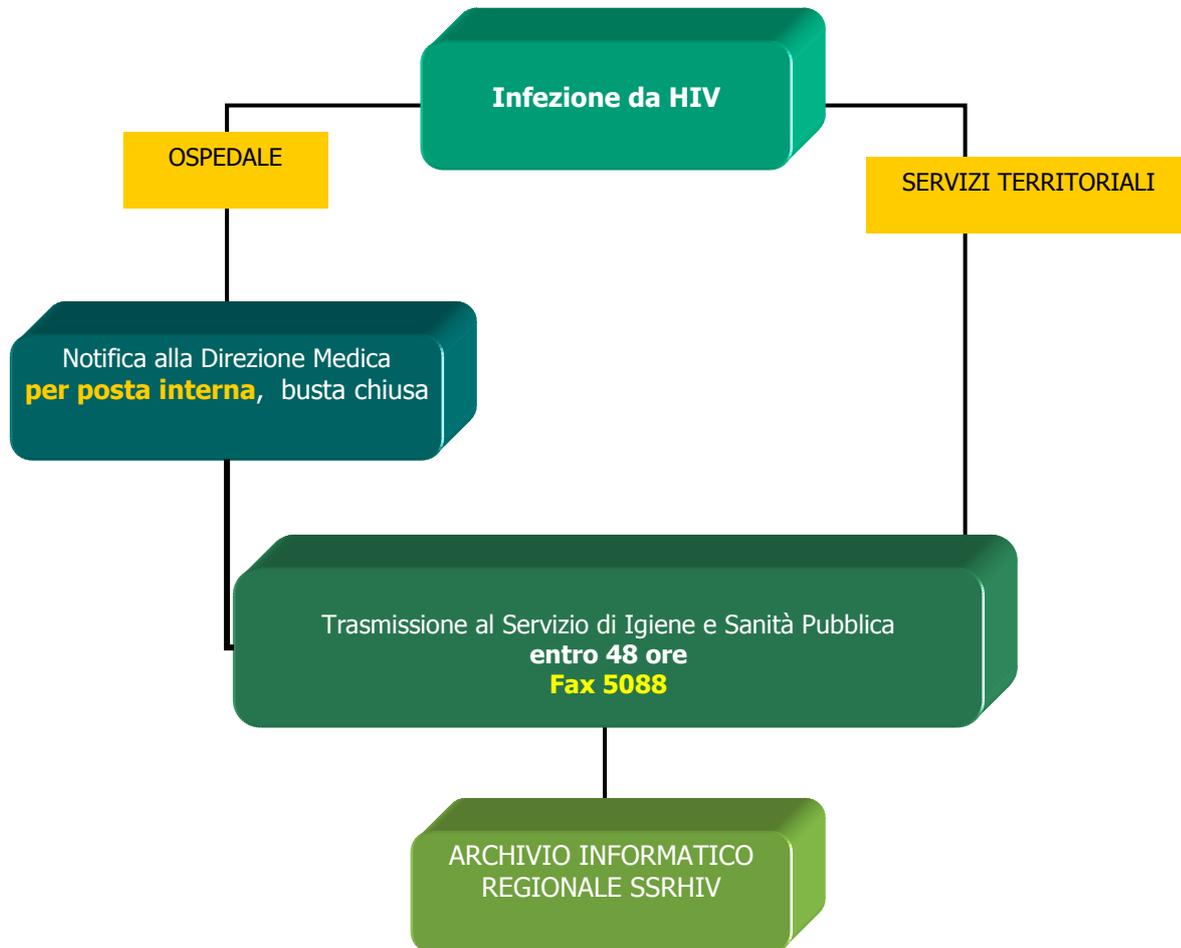
Istituto Superiore di Sanità
Rep. Epid. Clinica e Linee Guida

**QUESTIONARIO DI UN CASO NOTIFICATO
DI EPATITE VIRALE ACUTA (SEIEVA)**

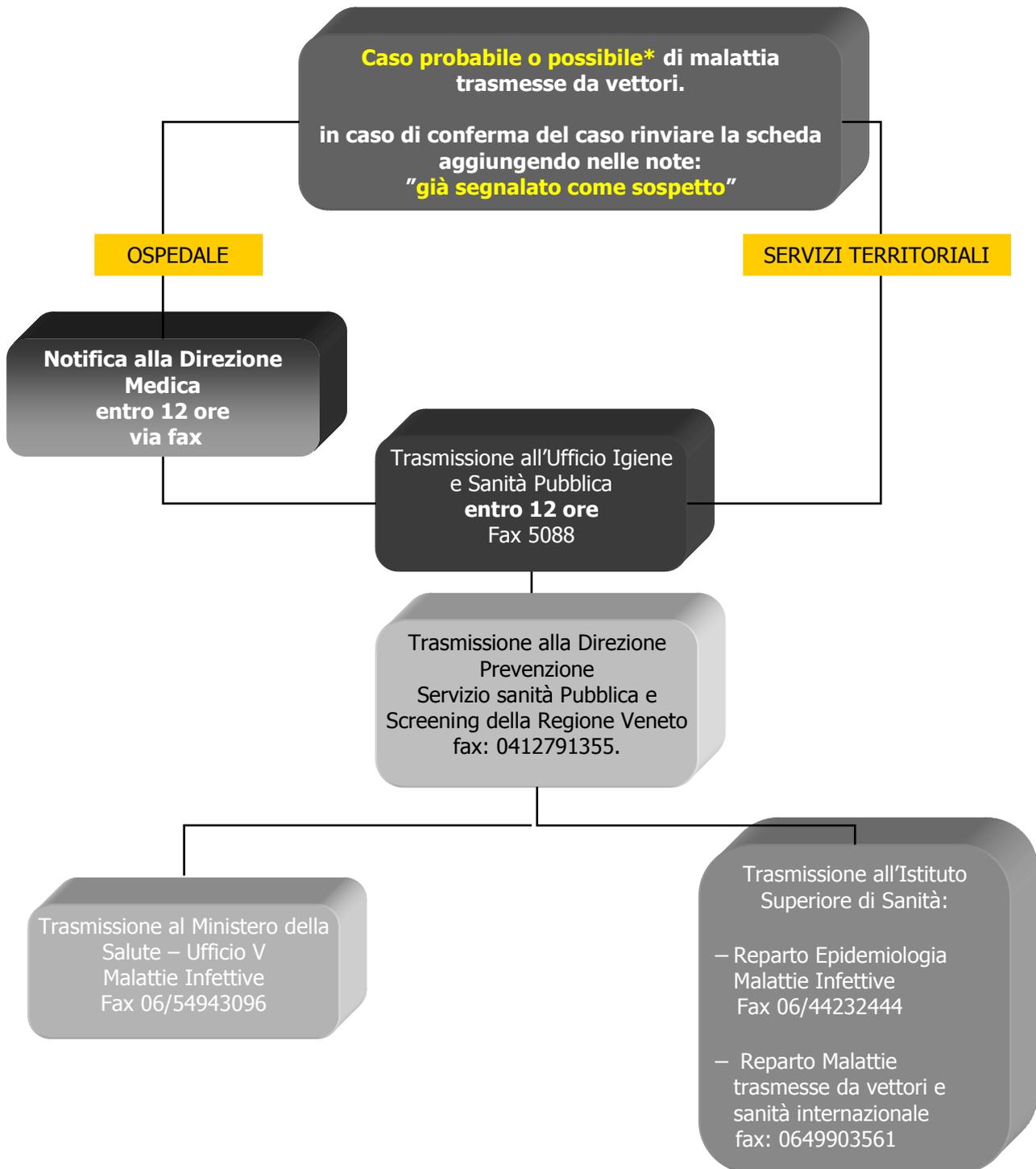
22	Le è stata somministrata almeno una dose di vaccino per l'epatite B?	<input type="checkbox"/> 1 Sì, una dose	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
		<input type="checkbox"/> 2 Sì, due dosi		
		<input type="checkbox"/> 3 Sì, tre dosi		
22.a	Se Sì: 1° dose - tipo vaccino _____ data	giorno	_____ mese	_____ anno
22.b	2° dose - tipo vaccino _____ data	giorno	_____ mese	_____ anno
22.c	3° dose - tipo vaccino _____ data	giorno	_____ mese	_____ anno
23	Durante i 6 mesi prima dell'inizio della sua epatite un suo familiare, convivente, amico, compagno di scuola o di lavoro ha avuto l'epatite?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
23.a	Se Sì, la loro malattia è iniziata meno di due mesi prima della sua?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
24	Ha un convivente o partner sessuale HBsAg (Antigene Australia) positivo?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
24.a	Se Sì: Tipo di relazione _____			
24.b	Era a conoscenza che un componente della sua famiglia (o il suo partner) era portatore di HBsAg prima che Lei avesse l'epatite acuta?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
24.c	Se Sì, perché non si era vaccinato?	<input type="checkbox"/> 1 Non ero sicuro dell'efficacia		
		<input type="checkbox"/> 2 Paura degli effetti collaterali		
		<input type="checkbox"/> 3 Non sapeva a quale struttura rivolgersi		
		<input type="checkbox"/> 4 Altro _____		
25	Ha un convivente o partner sessuale anti-HCV positivo?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
26	Ha un convivente tossicodipendente?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
27	Durante i 6 mesi prima dell'inizio della sua malattia ha avuto partner sessuali?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 7 Preferisco non rispondere
27.a	Se Sì, con quanti partner ha avuto rapporti sessuali?	N. Partner	maschili	_____ femminili
28	Ha avuto un partner sessuale tossicodipendente negli ultimi 6 mesi?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
29	Durante i 6 mesi prima dell'inizio della sua malattia ha avuto rapporti occasionali?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
29.a	Se Sì, ha utilizzato il profilattico	<input type="checkbox"/> 1 Sempre	<input type="checkbox"/> 2 Occasionalmente	<input type="checkbox"/> 3 Mai
30	Quante persone vivono nella sua casa, Lei incluso?	N. Persone	_____	
31	Vi sono bambini che frequentano un asilo nido o una scuola materna?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
32	E' donatore periodico di sangue?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
33	In passato ha eseguito un test per l'HIV?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 7 Preferisco non rispondere
33.a	Se Sì, è risultato positivo al test per l'HIV?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
VALORI MASSIMI DEI SEGUENTI PARAMETRI DI LABORATORIO				
34	AST	_____	ALT	_____
	Bilirubina Totale	_____	Bilirubina Diretta	_____
	INR	_____		
RISULTATI DI LABORATORIO				
	Data del prelievo di sangue	giorno	_____ mese	_____ anno
35	E' positivo per HBsAg?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
36	E' positivo per IgM anti-HBc?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
37	E' positivo per IgM anti-Epatite A?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
38	E' positivo per anti-Delta?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
39	E' positivo per anti-HCV?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
40	E' positivo per HCV-RNA?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
41	E' positivo per HCV-RNA?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
41.a	Se Sì, livello viremia	_____		
42	E' positivo per IgM anti-Epatite E?	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non ricercato
DECORSO CLINICO				
43	Encefalopatia	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
44	Fulminante	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
45	Trapianto di fegato	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
46	Decesso	<input type="checkbox"/> 1 Sì	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 8 Non so
46.a	In caso di decesso indicare la data	giorno	_____ mese	_____ anno
47	Commenti: _____			
	Firma dell'intervistatore _____			

Vers. Settembre 2010

Allegato 2 – Notifica Infezione HIV



Allegato 3 – Notifica malattie di Chikungunya, Dengue, West Nile.



Caso probabile: caso sospetto di **chikungunya o dengue** con test rapido positivo.

Caso possibile: Per la febbre di **West Nile** per la quale non esistono test rapidi il caso possibile è qualunque persona con febbre alta, manifestazioni neurologiche di tipo encefalite, meningite a liquor limpido o poliradicoloneurite o paralisi flaccida acuta. In assenza di test rapido per chikungunya e dengue e nel caso di febbre di West Nile, la diagnostica di 1° livello viene effettuata presso il laboratorio regionale di Padova o presso l'Azienda Ospedaliera di Verona.



Scheda paziente con sospetto di DENGUE /CHIKUNGUNYA

COGNOME - NOME _____

DATA DI NASCITA _____ TEL _____

COMUNE DI RESIDENZA _____ PROV _____

VACCINAZIONE PER FEBBRE GIALLA

- SI
 No

PREGRESSA DIAGNOSI DI DENGUE

- SI
 No

Soggiorno estero nel quale si suppone si sia verificata l'infezione:

_____ dal _____ al _____

CLINICA

Data inizio sintomi _____

Temperatura max. riferita _____ Temperatura max registrata _____

- artralgie
 mialgie
 cefalea
 vomito
 prurito
 rash cutaneo
 linfadenopatia

LABORATORIO

WBC _____
HCT _____
PLT _____

Test I livello Dengue

- SI
 No

Test I livello Chikungunya

- SI
 No

Data _____ Firma del medico _____



Scheda paziente con sospetto di WEST NILE FEVER

COGNOME - NOME _____

DATA DI NASCITA _____ TEL _____

COMUNE DI RESIDENZA _____ PROV _____

CLINICA

Data inizio sintomi _____

Temperatura max. riferita _____ Temperatura max registrata _____

- rash cutaneo
- artralgie
- mialgie diffuse
- astenia marcata
- cefalea
- segni meningei
- prurito
- linfadenopatia

LABORATORIO

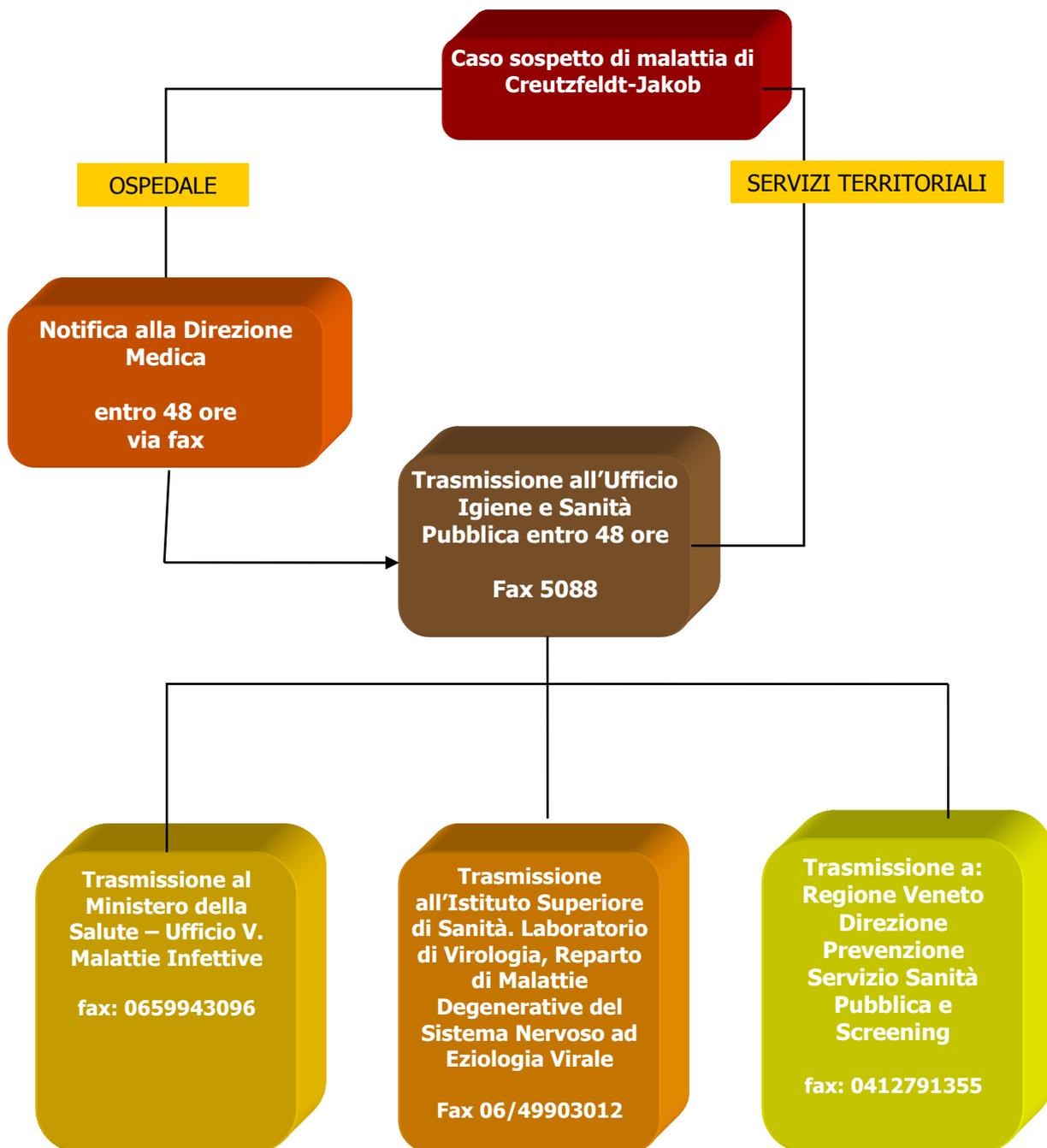
WBC _____
HCT _____
PLT _____

Test I livello West Nile Fever

- Si
- No

Data _____ Firma del medico _____

Allegato 4 – Notifica malattia di Creutzfeldt-Jakob





REGIONE VENETO

AZIENDA ULSS 20 VERONA

**REGISTRO NAZIONALE DELLA MALATTIA DI CREUTZFELD-JACOB E SINDROMI CORRELATE
 SCHEDE DI NOTIFICA DELLA MALATTIA DI CREUTZFELD-JACOB**

Codice paziente (riservato ISS): _____

Medico segnalatore: _____

Indirizzo dell'Ospedale: VIA CIRCONVALLAZIONE, 37047 SAN BONIFACIO, VR

Numero cartella clinica:

Data di nascita del paziente: _____ I _ I _ I I _ I _ I I _ I _ I I _ I (gg/mm/aa)

Comune e Provincia di nascita: _____ I _ I _ I

Comune e Provincia di residenza: _____ I _ I _ I

Tel. e fax del medico: I _ I _ I I _ I / I _ I _ I / I _ I _ I I _ I I _ I I _ I

Data di esordio della malattia: _____ I _ I _ I I _ I _ I (mm/aa)

Sintomo di esordio: _____

Segnalare la presenza di:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Disturbi psichiatrici nelle prime fasi della malattia | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Decadimento intellettivo – Demenza | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Mioclono | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Segni piramidali | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Segni extrapiramidali | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Segni cerebellari | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Segni visivi | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Mutismo acinetico | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Crisi epilettiche | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Parestesie/disestesie | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> 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_Jacob. 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

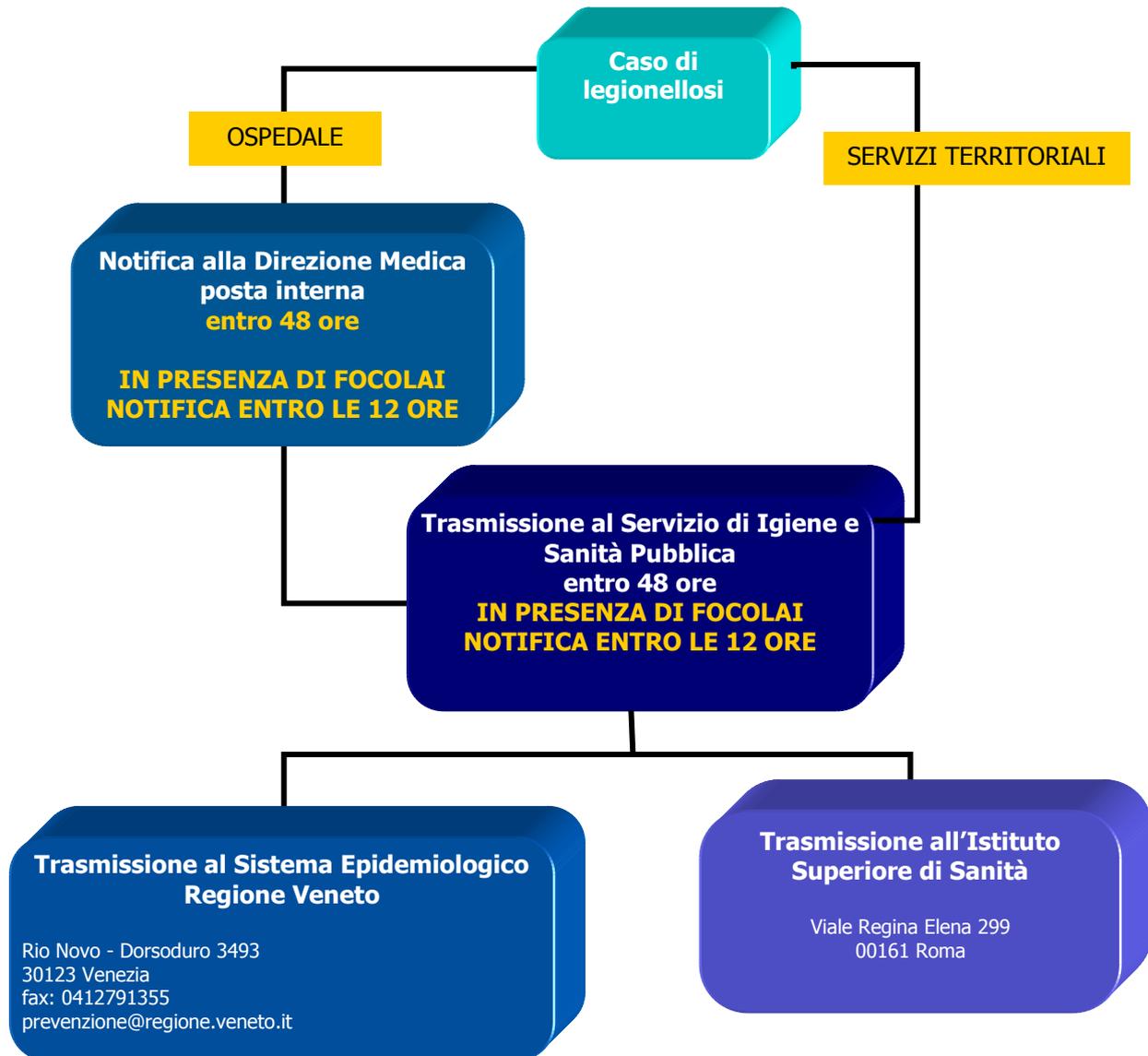
Familiarità per queste malattie: SI NO

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 dal paziente: _____

Allegato 5. Notifica legionellosi



N.B. Invio da parte della struttura di diagnosi dei ceppi clinici sospetti di legionella eventualmente isolati per tipizzazione e conferma all'ISS: Dr.ssa Maria Luisa Ricci tel 06/49902856

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
- ◆ Eventuale operatore turistico
- ◆ In gruppo Individuale
- ◆ Periodo: da I _ I _ I I _ I _ I I _ I _ I a I _ I _ I I _ I _ I I _ I _ I

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	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:

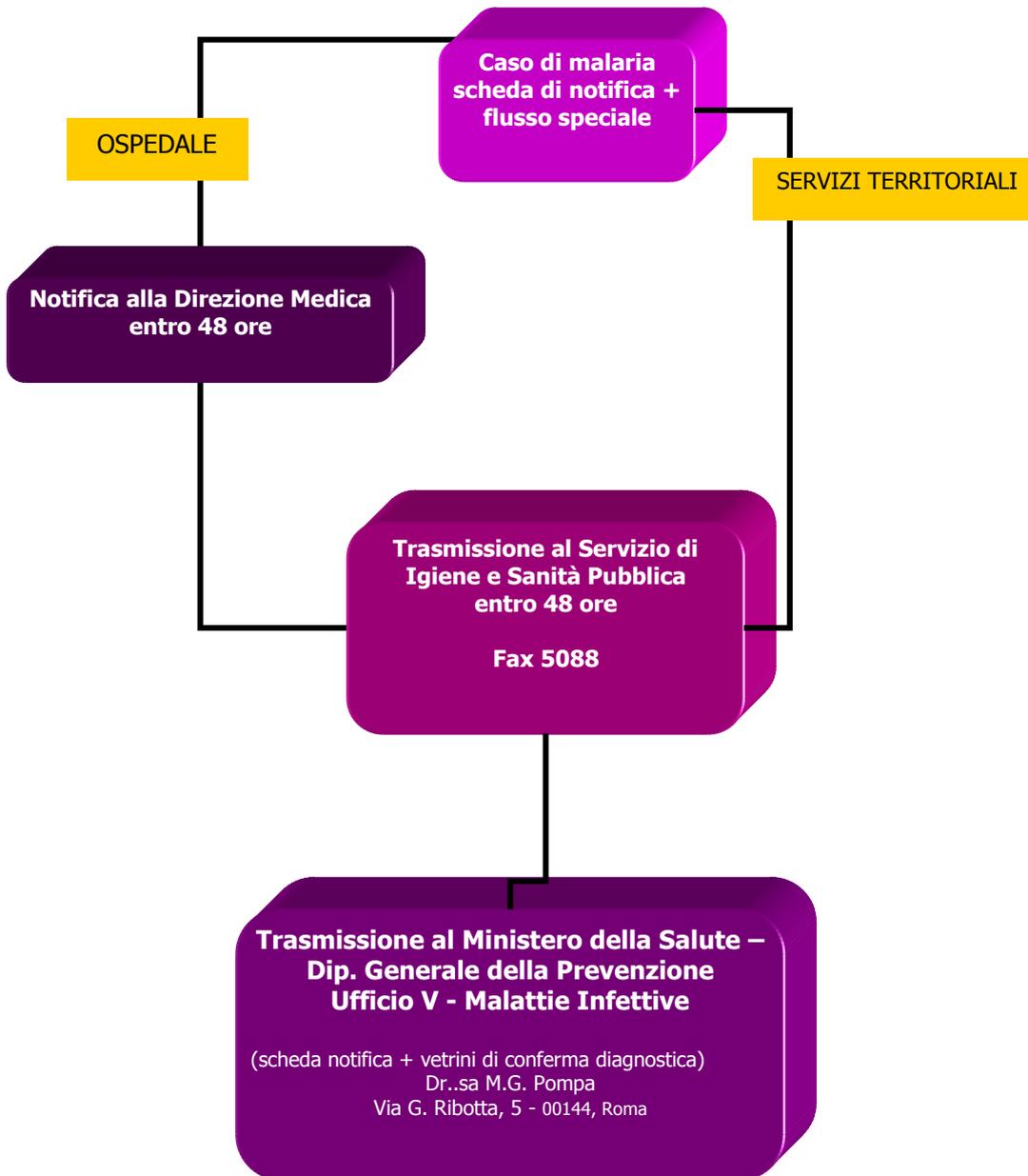
NomeCognome

Ospedale.....Reparto.....

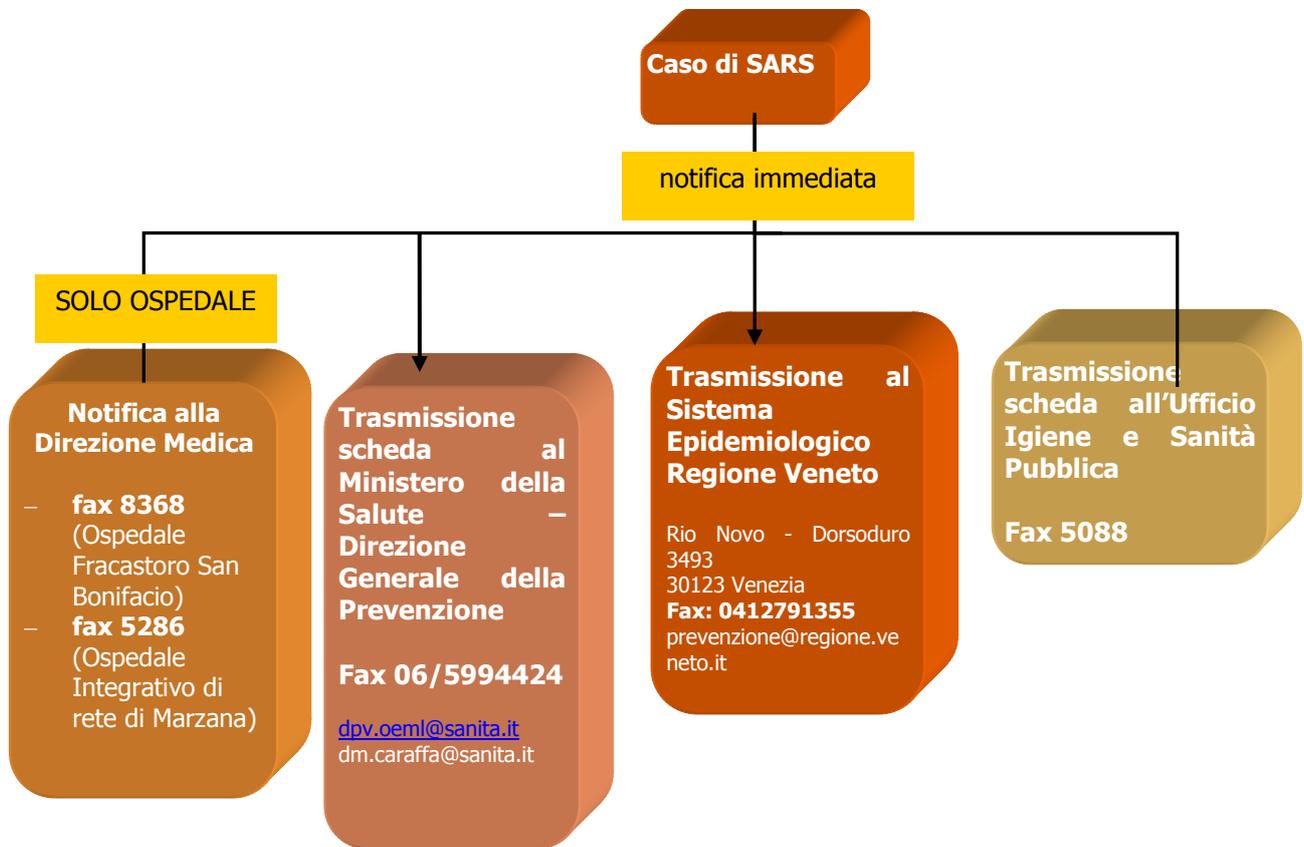
Indirizzo..... Tel..... Fax

Data di compilazione I _ I _ I I _ I _ I I _ I _ I

Allegato 6 – Notifica malaria



Allegato 7 – Notifica SARS





REGIONE VENETO

AZIENDA ULSS 20 VERONA

MINISTERO DELLA SALUTE – DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE – UFFICIO V

SCHEDA DI NOTIFICA DI CASO SOSPETTO/PROBABILE DI SARS

Cognome e Nome: _____ Sesso: M F

Data inizio sintomi: I__I__I I__I__I I__I__I (gg/mm/aa)

Età: I__I__I (mesi per bambini < 1 anno, anni > 1 anno)

Contatti con casi di SARS: SI NO NON NOTO

Paese/i in cui si sono verificati i contatti: (specificare) _____

Situazione in cui si è verificato il contatto: I 1 I Abitazione I 2 I Struttura sanitariaI 3 I Viaggio I 4 I Non noto

Nel caso di viaggi, fornire dettagli del volo (Compagnia, n. volo, ecc) _____

Tipo di contatto: Essersi preso cura Avere coabitato

 Avere avuto contatto diretto con secrezioni respiratorie Non noto
Caso attualmente ricoverato in Ospedale: SI NO NON NOTO

Se ricoverato in Ospedale, specificare Ospedale, Reparto, n. tel e fax

Febbre al momento del ricovero: SI NO NON NOTO

Se Si, riportare temperatura _____

Ricoverato in isolamento: SI NO NON NOTOVentilazione assistita: SI NO NON NOTORadiografia torace: I 1 I Reperti di polmonite I 2 I Negativa per polmonite I 3 I Non eseguita

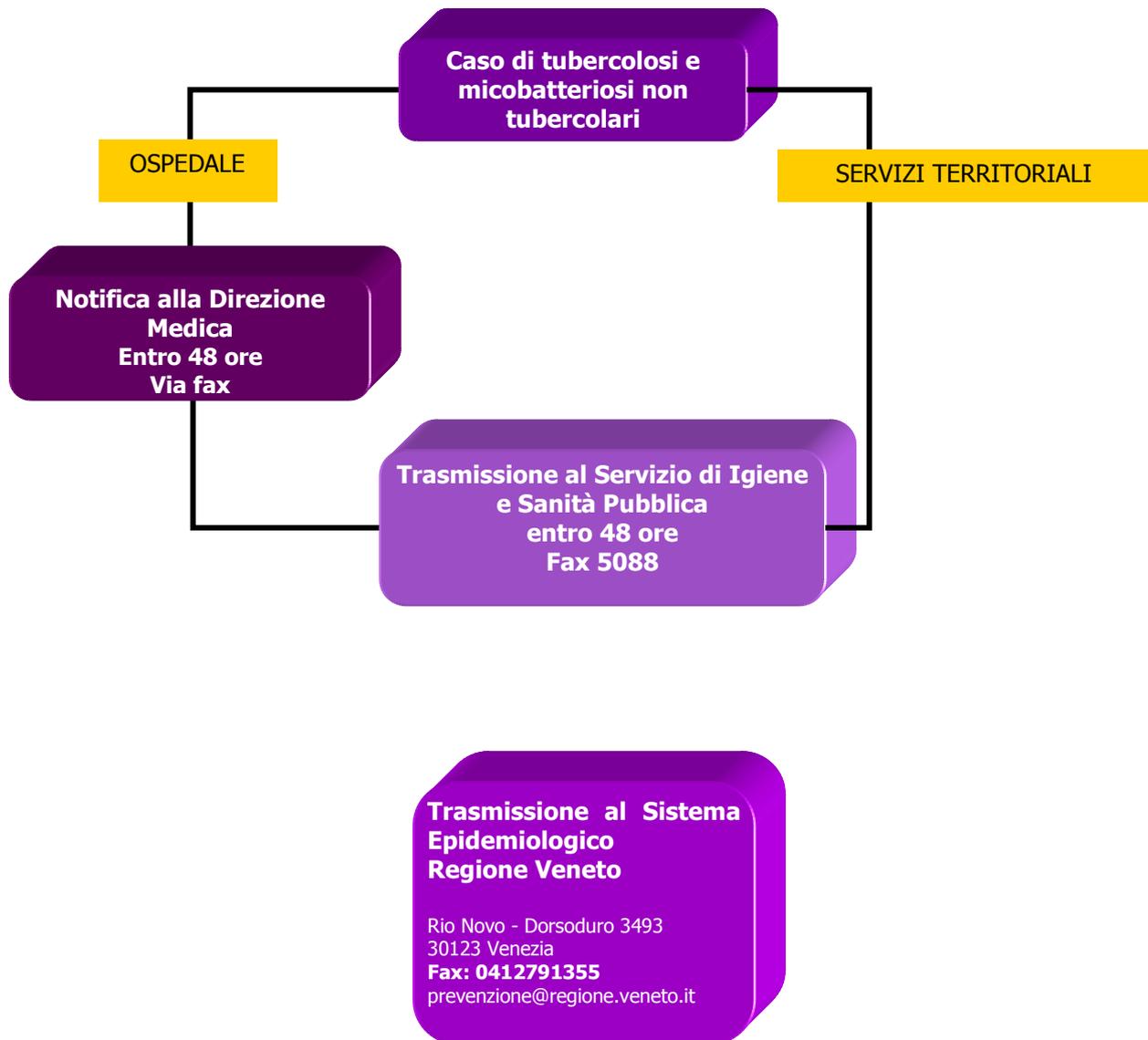
Campioni clinici prelevati per indagini di laboratorio:

I 1 I Tamponi nasali e faringeiI 2 I Sangue per emocoltura e sierologia, comprese agglutinine a freddoI 3 I UrineI 4 I Sputo/escreatoI 5 I Lavaggio broncoalveolare

Fornire indirizzo, n. tel. e fax del laboratorio _____

Esito del caso: I 1 I Dimesso I 2 I Trasferito all'estero I 3 I Deceduto I 4 I Non notoNel caso I 2 I specificare il Paese estero _____Classificazione del caso alla presentazione: sospetto probabileClassificazione finale: sospetto probabile escluso

Allegato 8 – Notifica tubercolosi e micobatteriosi non tubercolari





SCHEDA DI NOTIFICA PER TUBERCOLOSI – MICOBATTERIOSI

T Tubercolosi

M Micobatteriosi non tubercolare

Regione: VENETO I 0 I 5 I 0 I Provincia: VERONA I 0 I 2 I 3 I Comune: SAN BONIFACIO I 0 I 6 I 9 I
 ULSS n. I 0 I 2 I 0 I

Dati anagrafici del paziente

Cognome _____ Nome _____

Sesso: M F Età: I _ I _ I Data di nascita I _ I _ I I _ I _ I I _ I _ I (gg/mm/aa)

Paese di nascita _____ Se nato all'estero, arrivo in Italia I _ I _ I I _ I _ I (mm/aa)

Professione

I 1 I Pensionato/Invalido I 2 I Studente I 3 I Casalinga I 4 I Disoccupato

I 5 I Occupato (specificare) _____

E' iscritto al SSN? SI NO NON NOTO E' senza fissa dimora? SI NO NON NOTO

Vive in collettività? SI NO NON NOTO Se SI, specificare _____

Domicilio

Regione _____ Provincia _____

Comune _____ Codice ISTAT I _ I _ I I _ I _ I

Caratteristiche della malattia

Data di inizio della terapia antitubercolare (se diagnosi pot-mortem, data di decesso)

I _ I _ I I _ I _ I I _ I _ I (gg/mm/aa)

Ha avuto diagnosi di tubercolosi in passato? SI I _ I _ I I _ I _ I (mm/aa) NO NON NOTO

Classificazione in relazione a precedenti trattamenti

I N I Nuovo caso paziente mai trattato per TBC

I R I Recidiva paziente trattato per TBC in passato e dichiarato guarito

Agente eziologico (solo nei casi con coltura positiva)

I 1 I M. tuberculosis complex I 2 I M. tuberculosis I 3 I M. bovis I 4 I M. africanum

I 5 I M. non tubercolare (specificare) _____

Sede anatomica (la localizzazione polmonare deve essere sempre baratta anche se secondaria o disseminata)

I P I Polmone – trachea – brochi

I E I Extrapolmonare: _____(1) ICD IX I _ I _ I I _ I

_____ (2) ICD IX I _ I _ I I _ I

I D I Disseminata (più di due localizzazioni, miliare, isolamento da sangue)

Allegato 8a: Indicazioni per la compilazione della scheda di notifica tubercolosi e micobatteriosi non tubercolari

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 sia i casi sospetti sia quelli accertati. Devono essere notificati tutti i nuovi casi e le recidive di tubercolosi attiva polmonare ed extrapolmonare, indipendentemente dalla contagiosità, inclusi i casi di complesso primario attivo (cioè non calcifico), che soddisfino uno dei criteri diagnostici riportati di seguito.

Le notifiche dei casi accertati devono essere inviate al completamento 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 acido-alcool resistenti (BAAR) oppure di preparato istologico (ad. es. biopsia linfonodale, epatica) con evidenza di bacilli acido-alcool resistenti (BAAR) e/o granulomi tubercolari.

e

2. Segni clinici/radiologici suggestivi di tubercolosi attiva e/o terapia antitubercolare in corso con due o più farmaci.

C) Diagnosi clinica

Segni clinici suggestivi di tubercolosi 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 tubercolosi 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 sia i codici ISTAT corrispondenti (ad es., Piemonte 01, Torino 01, Grugliasco 01120).

ASL

Riportate 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 S.S.N.

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 un'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 collettività

Per i 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.

CARATTERISTICHE DELLA MALATTIA**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 perché diagnostici solo post-mortem, riportare la data di decesso.

Diagnosi di tubercolosi

Indicare se il paziente non 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.

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 codice/i corrispondenti (ad esempio meningite 013.0, TBC ossea 015.0), secondo la seguente Classificazione Internazionale delle Malattie - IX revisione (ICD-9).

012 Altra TBC RESPIRATORIA

012.0 Pleurite

012.1 Linfonodi intratoracici

012.2 Trachea e bronchi

012.3 Laringite

012.8 Altre

013 TBC MENINGI E S.N.C.

013.0 Meningite tubercolare

013.1 Tuberculoma meningi

013.8 Altre

013.9 Non specificata

014 TBC APPARATO INTESTINALE

015 TBC OSSA-ARTICOLAZIONI

- 015.0 Vertebre
- 015.1 Anca
- 015.2 Ginocchio
- 015.7 Altre ossa
- 015.8 Altre articolazioni
- 015.9 Non specificata
- 016 TBC GENITOURINARIA (non polmonare)
- 016.0 Rene
- 016.1 Altro app. urinario
- 016.2 Epididimo
- 016.3 Altro app. genitale
- 016.4 Genitali femminili
- 016.9 Non specificata
- 017 TBC DI ALTRI ORGANI
- 017.0 Cute
- 017.1 Eritema nodoso
- 017.2 Linfonodi periferici
- 017.3 Occhio
- 017.4 Orecchio
- 017.5 Tiroide
- 017.6 Ghiandole surrenali
- 017.7 Milza
- 017.8 Altri organi

Localizzazioni multiple

La localizzazione polmonare, quando presente, dovrà essere segnalata. Dovrà, quindi, essere segnalata anche quando rappresenta una localizzazione secondaria (includere 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.

CARATTERISTICHE DELLA DIAGNOSI

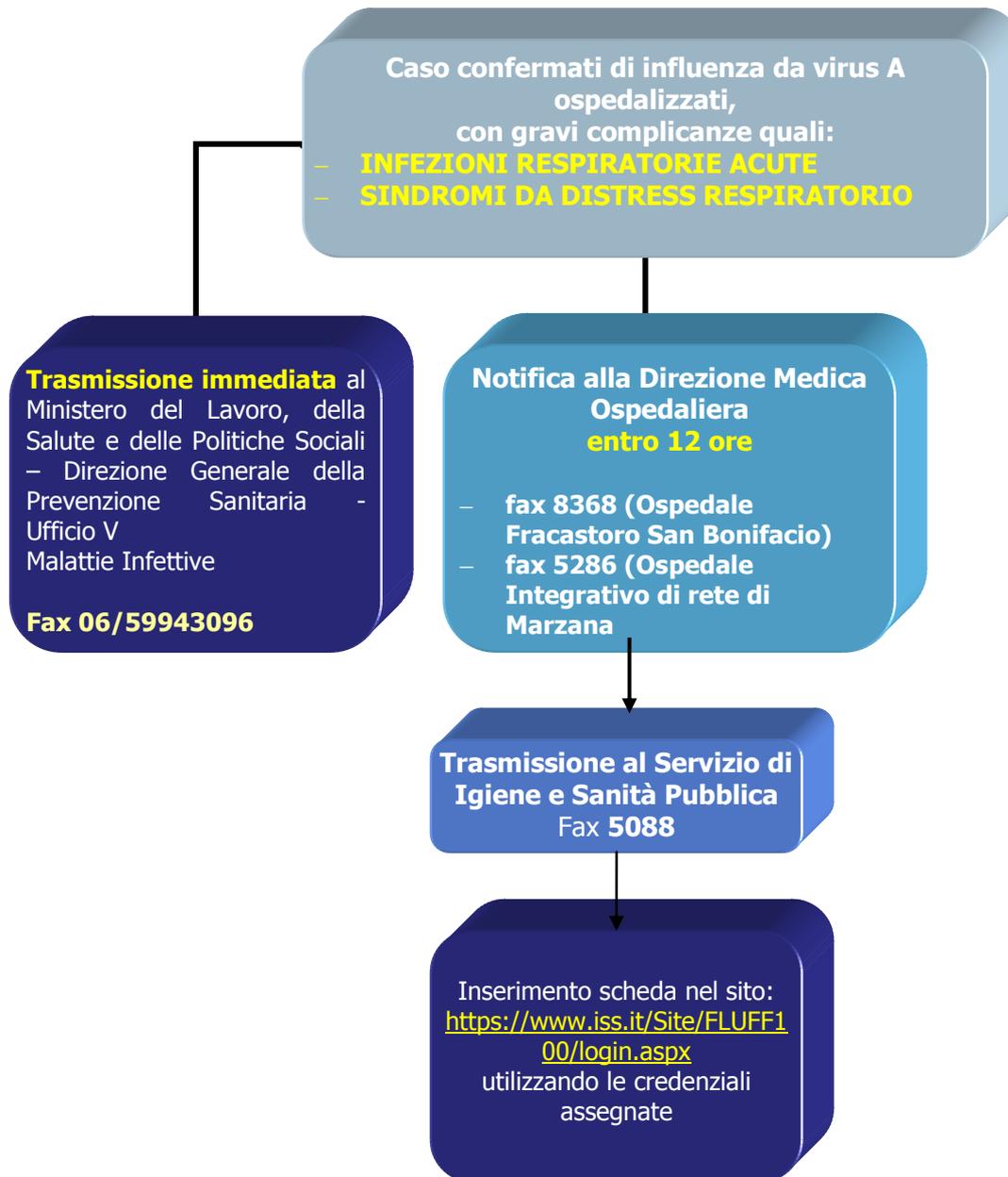
Diagnosi basata su:

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 dei casi accertati, bisogna attendere il risultato dell'esame colturale, se effettuato; per i casi sospetti, se già richiesta l'esecuzione si può riportare la dicitura esame colturale 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 di tipo di materiale. Includere in questa voce anche gli esami istologici (ad es. biopsia linfonodale, epatica) con evidenza di bacilli acido-alcool resistenti (BAAR) e/o granulomi tubercolari.
- CLINICA: presenza di segni clinici suggestivi di tubercolosi attiva.
- MANTOUX: test tubercolinico (intradermoreazione alla Mantoux).
- RX TORACE-ESAMI STRUMENTALI: indagini strumentali (ad es. Rx torace, TAC, ecc.) suggestive di tubercolosi 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 TUBERCOLOSI ATTIVA: evidenza autoptica di tubercolosi 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.

Allegato 9 – Notifica delle forme gravi e complicate e dei decessi da virus influenzali





Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza
e Promozione della Salute



Ministero della Salute

allegato 2 aggiornato (Circolare01/2010)
**SCHEDA PER LA NOTIFICA DELLE FORME GRAVI E COMPLICATE
E DEI DECESSI DA VIRUS INFLUENZALI**

Stagione 2010 - 2011

[COMPILARE IN STAMPATELLO IN MODO LEGGIBILE]

Dettagli di chi compila la scheda

Data segnalazione

Regione _____

ASL notifica _____

Dati compilatore

Nome _____

Cognome _____

telefono fisso _____

telefono cellulare _____

e-mail _____

Dettaglio anagrafica paziente

Iniziale NOME

Iniziale COGNOME

Sesso M F

Data di nascita se data nascita non disponibile, specificare età anni compiuti o età mesi

Comune di residenza _____

Se femmina <50 aa di età, è in stato di gravidanza? si no non noto se sì, mese di gestazione

Vaccinato per influenza stagionale 2010-2011 sì no non noto

Vaccinato per influenza pandemica con vaccino adiuvato, stagione 2009-2010 sì no non noto

Informazioni cliniche

Data insorgenza primi sintomi

Ricovero ospedaliero: SI NO Se sì, data ricovero

Se sì, nome dell'Ospedale: _____

Reparto (specificare): terapia intensiva//rianimazione(UTI) Intubato ECMO

DEA/EAS

Terapia sub intensiva

Cardiologia

Malattie Infettive

Altro _____ (specificare)

Terapia Antivirale (Oseltamivir-Tamiflu/Zanamivir-Relenza): SI NO

Se sì, data inizio terapia durata (giorni)

Presenza di patologie croniche? sì no non noto

se si quali?

Tumore	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Diabete	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Malattie cardiovascolari	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Deficit immunitari	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Malattie respiratorie	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Malattie renali	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Malattie metaboliche	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Obesità BMI tra 30 e 40	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Obesità BMI>40	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
altro	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto

se altro, specificare: _____

Data del prelievo per conferma:

Confermato per: A(H1N1)v: sì no
 A(H1N1): sì no
 A(H3N2): sì no
 B: sì no

Data di conferma:

Invio del campione al Laboratorio del Centro Nazionale Influenza presso ISS: sì no

Se presenza complicanze, specificare:

Data complicanza

Eseguita radiografia sì no non noto

Polmonite:

Polmonite influenzale primaria	sì	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Non noto	<input type="checkbox"/>
Polmonite batterica secondaria	sì	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Non noto	<input type="checkbox"/>
Polmonite mista	sì	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Non noto	<input type="checkbox"/>

Grave insufficienza respiratoria acuta (SARI)

Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) (vedi definizione allegata)

Altro: _____

Follow-up

Esito: Guarigione Data
 Decesso Data

Se decesso, certificato di morte: sì no

Se sì, specificare:

- causa iniziale: _____
- causa intermedia: _____
- causa terminale: _____
- altri stati morbosi rilevanti che hanno contribuito al decesso: _____

Definizione di ARDS: con il termine di ARDS si indica una forma di grave insufficienza respiratoria acuta, esito di una reazione del polmone verso cause di varia natura, che si manifesta come una 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. 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 PaO₂/FiO₂ 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.