



### Scheda per la raccolta di informazioni sui casi di listeriosi

Nome compilatore.....Data compilazione.....  
email.....Tel.....

**Dati del paziente**

Codice identificativo del paziente\*.....Sesso  F  M Età in anni .....

Residenza del paziente Città.....Provincia.....

Tipologia abitativa del paziente  Abitazione privata  Casa di riposo  Residenza sanitaria assistenziale

**A. Caso associato a gravidanza (il caso è una donna in gravidanza, un feto o un neonato ≤1 mese)**

sì  no  non so

In caso di associazione dell'infezione a gravidanza compilare da Domanda 1A a Domanda 4A  
Se non associato a gravidanza passare alle Domande 1B-4B.

**1A. Tipo di campione da cui è stata isolata la Listeria (anche più di una risposta)**

(indicare il tipo di matrice da cui è stata isolata la Listeria)

	Data prelievo (gg/mm/aa)
<input type="checkbox"/> Sangue materno	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sangue del neonato	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Tampone vaginale	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Tampone cervicale	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Liquido cerebro spinale madre (liquor)	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Liquido cerebro spinale neonato (liquor)	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Feci materne	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Meconio	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Placenta	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Fluido amniotico	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) .....	_ _ _ _ _ _ _

**2A. Esito della gravidanza (parto singolo o parto gemellare)**

(indicare la condizione del paziente collegata all'infezione da Listeria e l'esito dell'infezione)

	Settimana di gestazione	Data (gg/mm/aa)
<input type="checkbox"/> Gravidanza ancora in corso	_	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Morte fetale (aborto o nato morto)	_	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Aborto indotto	_	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Partorito (nato vivo)	_	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) .....	_	_ _ _ _ _ _ _

**3A. Quadro clinico nella madre e del neonato (anche più di una risposta)**

(indicare informazioni sui sintomi o condizioni presentate dal paziente a cui è stata isolata la Listeria)

Quadro clinico nella madre	Quadro clinico nel neonato 1	Quadro clinico nel neonato 2
<input type="checkbox"/> Batteriemia/sepsi	<input type="checkbox"/> Batteriemia/sepsi	<input type="checkbox"/> Batteriemia/sepsi
<input type="checkbox"/> Meningite	<input type="checkbox"/> Meningite	<input type="checkbox"/> Meningite
<input type="checkbox"/> Gastroenterite	<input type="checkbox"/> Meningoencefalite	<input type="checkbox"/> Meningoencefalite
<input type="checkbox"/> Amnionite	<input type="checkbox"/> Polmonite	<input type="checkbox"/> Polmonite
<input type="checkbox"/> Malattia simil-influenzale	<input type="checkbox"/> Altre forme respiratorie	<input type="checkbox"/> Altre forme respiratorie
<input type="checkbox"/> Minaccia d'aborto	<input type="checkbox"/> Granulomatosi infantisettica	<input type="checkbox"/> Granulomatosi infantisettica
<input type="checkbox"/> Nessuna	<input type="checkbox"/> Infezioni focali (specificare) .....	<input type="checkbox"/> Infezioni focali (specificare) .....
<input type="checkbox"/> Altro.....	<input type="checkbox"/> Nessuna	<input type="checkbox"/> Nessuna
<input type="checkbox"/> Non nota	<input type="checkbox"/> Altro.....	<input type="checkbox"/> Altro.....
	<input type="checkbox"/> Non nota	<input type="checkbox"/> Non nota

\*codice univoco

**4A. Ricovero** (compilare solo se il paziente è stato ricoverato e indicare la causa principale del ricovero anche se diversa da listeriosi) (anche più di una risposta)

Madre	Neonato 1	Neonato 2
<b>Ricovero</b>		
Causa ricovero.....	Causa ricovero.....	Causa ricovero.....
Data ricovero.....	Data ricovero.....	Data ricovero.....
Data inizio sintomi.....	Data inizio sintomi.....	Data inizio sintomi.....
Ospedale/Reparto.....	Ospedale/Reparto.....	Ospedale/Reparto.....
Indirizzo.....	Indirizzo.....	Indirizzo.....
Telefono.....	Telefono.....	Telefono.....
<input type="checkbox"/> Causa ricovero non nota	<input type="checkbox"/> Causa ricovero non nota	<input type="checkbox"/> Causa ricovero non nota

<b>Esito del ricovero</b>		
<input type="checkbox"/> Dimessa (guarita/convalescente)	<input type="checkbox"/> Dimesso (guarito/convalescente)	<input type="checkbox"/> Dimesso (guarito/convalescente)
<input type="checkbox"/> Deceduta	<input type="checkbox"/> Deceduto	<input type="checkbox"/> Deceduto
<input type="checkbox"/> Non noto	<input type="checkbox"/> Non noto	<input type="checkbox"/> Non noto

Indicare se il soggetto è stato sottoposto a terapia antibiotica

sì  quale..... no

**B. Caso NON associato a gravidanza**

**1B. Tipo di campione da cui è stata isolata la *Listeria*** (anche più di una risposta)

(indicare il tipo di matrice da cui è stata isolata la *Listeria*)

Data prelievo (gg/mm/aa)

- Sangue |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|
- Liquido cerebro spinale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|
- Feci |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|
- Altro (specificare) ..... |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**2B. Quadro clinico causato da listeriosi** (anche più di una risposta)

(indicare informazioni sui sintomi o condizioni presentate dal paziente a cui è stata isolata la *Listeria*)

- Batteriemia/sepsi
- Meningite
- Meningoencefalite
- Gastroenterite
- Infezioni focali (specificare) .....
- Altro (specificare) .....
- Non nota

**3B. Fattori di rischio** (anche più di una risposta)

- Neoplasia
- Trapianto
- Trattamento con immunosoppressori
- Malattia cronica del cuore  Altro.....
- Insufficienza renale/dialisi  Non note
- Diabete congenito
- Endoftalmite
- Età >65
- Nessuna

**4B. Ricovero** (compilare solo se il paziente è stato ricoverato e indicare la causa principale del ricovero anche se diverse da listeriosi) (anche più di una risposta)

Ricovero	Esito del ricovero
Causa ricovero.....	<input type="checkbox"/> Dimesso (guarita/convalescente)
Data ricovero.....	<input type="checkbox"/> Deceduto
Ospedale/Reparto.....	<input type="checkbox"/> Non noto
Indirizzo.....	
Telefono.....	
<input type="checkbox"/> Causa ricovero non nota	

Indicare se il soggetto è stato sottoposto a terapia antibiotica

sì  quale..... no