

Allegato 1

SCHEDA DI SEGNALAZIONE

SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INVASIVE DA MENINGOCOCCO, PNEUMOCOCCO, EMOFILO e DELLE MENINGITI BATTERICHE

Questa scheda va utilizzata per segnalare al Servizio di Igiene pubblica di competenza (entro 12 ore dalla diagnosi) i casi di malattie batteriche invasive causate da *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e di meningite batterica da altro agente.

L'invio di questo modello non esonera dall'obbligo di segnalazione mediante il modello 15 del sistema di notifiche delle malattie infettive attualmente in vigore in Italia (il decreto 15/12/1990 prevede in classe II la segnalazione delle meningiti da *N. meningitidis* e in classe V le altre malattie batteriche invasive).

Dati relativi compilatore

Regione: _____

Data compilazione: ___/___/___

Ospedale: _____

Comune: _____

Segnalato da: Sig/Dr: _____

Telefono: ___/___/___ Fax: ___/___/___

E-mail: _____@_____

Dati del paziente:

Nome: _____ Cognome: _____

Sesso: M F Data di nascita: ___/___/___ Comune di residenza: _____

Codice fiscale o STP: _____ Nazionalità: _____

Data inizio sintomi: ___/___/___ Comune inizio sintomi: _____ Provincia: _____

Quadro Clinico: sepsi meningite polmonite batteriemia cellulite epiglottite
(anche più di uno)
peritonite pericardite artrite settica/osteomielite altro _____

Ricoverato: Sì No se sì Data di Ricovero ___/___/___

Agente eziologico:

 Neisseria meningitidis *Streptococcus pneumoniae* *Haemophilus influenzae*

Altro agente eziologico causante meningite batterica:

- Micobatterio tubercolare Streptococco di gruppo B Listeria
 Altro agente batterico (specificare): _____
 Non identificato (solo meningiti con liquor torbido o purulento)

Diagnosi di laboratorio

Persona di contatto nel laboratorio di diagnosi: _____ Tel. _____

Email: _____@_____

Ospedale/laboratorio: _____

Data prelievo del primo campione risultato positivo : ___/___/___

Diagnosi eseguita (test positivi) su:

<i>Neisseria meningitidis</i>		
<input type="checkbox"/> liquor	<input type="checkbox"/> coltura <input type="checkbox"/> ricerca antigene <input type="checkbox"/> esame microscopico diretto	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> sangue	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido pleurico	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido peritoneale	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido pericardio	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido sinoviale	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> placenta	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> petecchie cutanee	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> materiale autoptico da sito sterile	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<i>Streptococcus pneumoniae</i>		
<input type="checkbox"/> liquor	<input type="checkbox"/> coltura <input type="checkbox"/> ricerca antigene	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> sangue	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido pleurico	<input type="checkbox"/> coltura <input type="checkbox"/> ricerca antigene	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido peritoneale	<input type="checkbox"/> coltura <input type="checkbox"/> ricerca antigene	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido pericardio	<input type="checkbox"/> coltura <input type="checkbox"/> ricerca antigene	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido sinoviale	<input type="checkbox"/> coltura <input type="checkbox"/> ricerca antigene	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> placenta	<input type="checkbox"/> coltura <input type="checkbox"/> ricerca antigene	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> materiale autoptico da sito sterile	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<i>Haemophilus influenzae</i>		
<input type="checkbox"/> liquor	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> sangue	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido pleurico	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido peritoneale	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido pericardio	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido sinoviale	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> placenta	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> materiale autoptico da sito sterile	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<i>Qualunque altro agente causante meningite batterica</i>		
<input type="checkbox"/> liquor	<input type="checkbox"/> coltura <input type="checkbox"/> ricerca antigene	<input type="checkbox"/> PCR

Note: la voce PCR include anche altre metodiche molecolari disponibili commercialmente

E' stata eseguita la tipizzazione? (solo se malattia invasiva da *N. meningitidis*, *S. pneumoniae*, *H. influenzae*)

SI NO se SI siero gruppo/sierotipo _____

In quale laboratorio è stata effettuata?

Laboratorio Riferimento regionale

Altro, specificare (_____)

Esito conosciuto della malattia dalla data di segnalazione:

Ultimo aggiornamento: al momento della segnalazione a 14 gg 1 mese a 6 mesi

guarito deceduto ancora in trattamento

Sequela dalla data di segnalazione (solo se mal. invasiva da *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, *H. influenzae*):

Ultimo aggiornamento: al momento della segnalazione a 14 gg 1 mese a 6 mesi

Perdita anche parziale dell'udito

Perdita anche parziale della vista

Danni neurologici compresi quelli motori

Amputazioni

Necrosi e cicatrici a livello cutaneo

Altro, specificare (_____)

Contatti e focolaio epidemico (solo se malattia batterica invasiva da *N. meningitidis* o *H. influenzae*):

Nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi, il paziente:

è stato a contatto con un altro caso della stessa malattia? No Si (confermato) Si (sospetto)

Probabile contagio fuori dall'area di domicilio abituale?

No Si Se, si, dove: _____

Il caso fa parte di un focolaio epidemico conosciuto?

No Si Se, si, quale _____

Comunità frequentate:

Nido Scuola materna Scuola Ospedale Caserma

Altra comunità _____

Stato vaccinale (solo se malattia invasiva da *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, *H. influenzae*)

Vaccinato per l'agente in causa? No Si regolarmente o parzialmente Informazione non disponibile

Se "SI regolarmente o parzialmente", compilare la tabella seguente solo per la vaccinazione contro l'agente responsabile del caso.

N. della dose	Data somministrazione	Nome commerciale

Note relative alla vaccinazione:

Vaccinato regolarmente si intende un individuo che ha effettuato il ciclo completo di vaccinazione e i relativi richiami (se necessari) e che si ritiene quindi potenzialmente protetto. L'informazione deve essere controllata sull'anagrafe vaccinale o equivalente. In caso di dubbio inserire nelle note.

Fattori predisponenti malattie batteriche invasive:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asplenia anatomica/funzionale | <input type="checkbox"/> Diabete mellito |
| <input type="checkbox"/> Immunodeficienza congenita | <input type="checkbox"/> Epatopatia |
| <input type="checkbox"/> Leucemie/linfomi | <input type="checkbox"/> Cardiopatie |
| <input type="checkbox"/> Altre neoplasie | <input type="checkbox"/> Asma/enfisema |
| <input type="checkbox"/> Terapie immuno-soppressive | <input type="checkbox"/> Tossicodipendenza e.v. |
| <input type="checkbox"/> Trapianto d'organo o di midollo | <input type="checkbox"/> Alcolismo |
| <input type="checkbox"/> Impianto cocleare | <input type="checkbox"/> Tabagismo |
| <input type="checkbox"/> Fistole liquorali | <input type="checkbox"/> Deficit fattori del complemento |
| <input type="checkbox"/> Immunodeficienza acquisita | <input type="checkbox"/> Emoglobinopatie |
| <input type="checkbox"/> Insuffici. renale cronica/Dialisi | <input type="checkbox"/> Altre malattie polmonari. Croniche |
| <input type="checkbox"/> Altra Condizione (_____) | |