

Istituto Superiore di Sanità
Questionario di indagine epidemiologica SEU - Caso
Data _____ Caso _____

Intervistatore _____

Il presente questionario viene proposto per raccogliere le informazioni relative alle possibili cause di che hanno determinato la comparsa della malattia del bambino.

Il conferimento delle informazioni è facoltativo ed ovviamente potrà decidere di interrompere l'intervista in qualsiasi momento. I dati anagrafici e sanitari che verranno raccolti avranno la finalità di permettere lo svolgimento dell'indagine epidemiologica in seguito al caso di malattia.

I dati verranno registrati su supporti cartacei ed informatici protetti, da noi mantenuti con le modalità prescritte dal Codice.

Al fine dell'espletamento delle attività d'indagine i dati raccolti con il questionario potranno essere comunicati, qualora richiesti:

- al Dipartimento di Prevenzione della vostra ASL/Regione di appartenenza

Le segnalo che la responsabile del trattamento dei dati, ad ogni effetto di legge, è la d.ssa Gaia Scavia, dell'ISS.

Ai sensi delle disposizioni del D.L. 196 del 30/06/2003 le chiedo l'autorizzazione per il trattamento dei dati personali nell'ambito delle finalità dell'indagine epidemiologica:

Autorizza? ☐si ☐no Data _____

Firma di chi raccoglie l'autorizzazione _____

i richiede di compilare il questionario con attenzione in tutte le sue parti, evitando di lasciare domande incomplete e avendo cura laddove non sia disponibile l'informazione di barrare la casella 'non so'.

Informazioni raccolte da: ☐madre ☐padre ☐altri _____

Paziente

Nome □□□ Cognome □□□

Data di nascita ____/____/____ età _____ luogo nascita _____

Sesso: ☐M ☐F

Indirizzo _____ Città _____ Prov. _____

Lat. _____ Long. _____

CAP □□□□ tel. _____ cell. _____

N. totale di persone che vivono nella vostra abitazione: _____

n. fratelli _____ età _____

n. sorelle _____ età _____

altri componenti: _____ età _____

Il bambino trascorre del tempo con una tata? ☐si ☐no ☐non so

Professione madre: _____ titolo di studio _____

Professione padre: _____ titolo di studio _____

Pediatra di famiglia: _____

E' informato o ha seguito la malattia di suo figlio? _____

Indirizzo _____ tel. _____

Sintomatologia (ST)**Data inizio sintomi** ____/____/____**data consultazione pediatra** ____/____/____**Data ammissione pronto soccorso** ____/____/____ presso _____**data 1° ricovero** ____/____/____ 4. presso _____**data ricovero nefro** ____/____/____ 6. centro _____**Diagnosi differenziale (diagnosi emessa prima della diagnosi di SEU)** _____**data in cui vi hanno comunicato la diagnosi di SEU** ____/____/____**Quanti giorni complessivamente è stato in ospedale?**

Giorni _____ data dimissione _____

☐ è ancora ricoverato (ricontattare i genitori dopo 15 giorni)**Sintomi iniziali:**

diarrea	☐ si	data/giorno _____	☐ no	☐ non so
diarrea emorragica	☐ si	data/giorno _____	☐ no	☐ non so
diarrea strie ematiche	☐ si	data/giorno _____	☐ no	☐ non so
giorno più grave		data/giorno _____	n scariche . _____	
vomito	☐ si	data/giorno _____	☐ no	☐ non so
febbre >38°C	☐ si	data/giorno _____	☐ no	☐ non so
dolore addominale	☐ si	data/giorno _____	☐ no	☐ non so
astenia	☐ si	data/giorno _____	☐ no	☐ non so
sintomi neurologici	☐ si	data/giorno _____	☐ no	☐ non so
ematuria	☐ si	data/giorno _____	☐ no	☐ non so
anuria	☐ si	data/giorno _____	☐ no	☐ non so
ittero	☐ si	data/giorno _____	☐ no	☐ non so
petecchie emorr/rash	☐ si	data/giorno _____	☐ no	☐ non so
altro: specifica		data/giorno _____		

Dialisi:☐si, peritoneale ☐emodialisi ☐no ☐non so**Trasfusioni/plasmaferesi:** ☐si ☐no ☐non so**Prima del ricovero presso il centro di nefrologia:**erano state eseguite terapie antibiotiche? ☐si ☐no ☐non so data ____/____/____era stata eseguita coprocultura? ☐si ☐no ☐non so data ____/____/____ha fatto laparotomia/laparoscopia? ☐si ☐no ☐non so data ____/____/____**Nell'ultimo mese :**

per qualsiasi motivo suo figlio ha eseguito terapia antibiotica?

☐no ☐non so ☐si per quale motivo? _____ha avuto un'infezione respiratoria oppure faringite, tonsillite? ☐si ☐no ☐non so**Suo figlio soffre di malattie croniche o allergie?** ☐si _____ ☐no ☐non so

Regime alimentare

Suo figlio segue una dieta o ha qualche restrizione di tipo alimentare? ☐sì ☐no

Se sì quale? _____

Consuma abitualmente i seguenti prodotti?

carne fresca: ☐sì ☐no ☐non so

Verdure crude: ☐sì ☐no ☐non so

Latte fresco pastorizzato ☐sì ☐no ☐non so

Quale marca di latte beve abitualmente? _____ tipo _____

Latte crudo non pastorizzato ☐sì ☐no ☐non so

se sì, il latte viene bollito? ☐sì ☐no ☐non so

Latticini (compresi yogurt e gelato)? ☐sì ☐no ☐non so

Altri tipi di latte: capra ☐sì ☐no ☐non so

Soia ☐sì ☐no ☐non so

Riso ☐sì ☐no ☐non so

(SOLO PER BAMBINI IN SVEZZAMENTO < 2anni età):

Suo figlio è stato o è ancora allattato al seno ? ☐sì (per mesi____) ☐no

Esclusivo mesi _____

niente altro che latte materno

Predominante mesi _____

(latte materno + acqua o altri liquidi NON latte artificiale:

Complementare mesi _____

latte materno + acqua o altri liquidi + altri cibi semisolidi e anche latte artificiale

Quali marche di latte artificiali utilizzate abitualmente (se applicabile)?

Consuma abitualmente omogeneizzati? ☐sì ☐no ☐non so

Quali marche di omogeneizzati utilizzate abitualmente (se applicabile)?

Alimenti

Nei 10 giorni precedenti la comparsa dei primi sintomi di malattia, Suo figlio ha consumato i seguenti alimenti?

carni

vitello, vitellone, manzo
agnello
suino
coniglio
pollame
cavallo
Hamburger (no pollame)
Polpette/polpettone
salame
salsiccia
wurstel (no pollame)
Altro ?

consumo			Origine indicare luogo acquisto o consumo					cottura			Luogo acquisto	tipologia
si	no	non so	Confezionata (surgelata)	Preconf. (vassoi)	Sfuso - banco macellaio	Ristorante - Bar	mensa	Cruda	Poco cotta	griglia		AR-artigianale; CO- commerciale; CA-casalinga

È sicura, quindi, che suo figlio/a non abbia mangiato carne cruda?

☐si ☐no ☐non so

E carne al sangue o rosa ?

☐si ☐no ☐non so

Giocando con gli alimenti potrebbe essere venuto direttamente a contatto con la carne cruda?

☐si mi ricordo che è successo ☐può darsi ☐no ☐non so

formaggi e latticini

[illegible]

verdure crude e frutta

consumo			Origine indicare luogo acquisto o consumo						Luogo acquisto
si	no	non so	Conf. IV gamma	Preconf. (vassoi)	Sfuso - banco	orto	Ristorante - Bar	mensa	

Verdure a foglia verde

Altri ortaggi

Insalata mista

Germogli di soia

Frutta con buccia

melone - cocomero

altro

Indicare di seguito tutti i negozi, supermercati, bar, ristoranti, rivendite, mercati avete acquistato gli alimenti consumati dal bambino negli ultimi 10 giorni:

Denominazione / Categoria: (es. Supermercato TID', Fruttivendolo 'Ezio', Bar Central, Pizzeria e)	Luogo e indirizzo: (fornire il maggior dettaglio possibile)

Soggiorni precedenti (SP)

Negli ultimi 15 giorni avete fatto una gita in giornata fuori città? ☐si ☐no ☐non so

data ____/____/____ b. luogo _____

Negli ultimi 10/15 giorni avete soggiornato in altra località? ☐si ☐no ☐non so

Quante notti avete trascorso fuori casa?

a. data partenza ____/____/____ b. data ritorno ____/____/____

luogo _____

b. data partenza ____/____/____ b. data ritorno ____/____/____

luogo _____

- Dove eravate alloggiati?

☐ Hotel/Residence/bed & breakfast/agriturismo _____

☐ Casa privata (di proprietà o in affitto)

☐ Campeggio (denominazione e indirizzo) _____

☐ Villaggio turistico (denominazione e indirizzo) _____

☐ Campo scuola/campo estivo/casa vacanza (denominazione e indirizzo) _____

Negli ultimi 10/15 giorni siete stati a fare un pic-nic? ☐si ☐no ☐non so

a. data ____/____/____ b. luogo _____

Negli ultimi 10/15 giorni siete stati in un agriturismo? ☐si ☐no ☐non so

a. data ____/____/____ b. luogo _____

Avete consumato prodotti tipici (latticini, salumi) o artigianali che abitualmente non consumate

a casa in vacanza oppure qualcuno ve li ha portati? ☐si ☐no ☐non so

☐salumi ☐formaggi ☐salumi e formaggi

Da dove provenivano? _____

il bambino li ha assaggiati/mangiati? ☐si ☐no ☐non so

Nelle ultime 2 settimane avete partecipato ad una grigliata? ☐si ☐no ☐non so

data ____/____/____ b. luogo _____

il bambino ha assaggiato/mangiato qualcosa? ☐si ☐no ☐non so

Avete partecipato a feste con catering, banchetti ecc?. ☐si ☐no ☐non so

data ____/____/____ b. luogo _____

il bambino ha assaggiato/mangiato qualcosa? ☐si ☐no ☐non so

Nelle ultime 2 settimane avete mangiato in un ristorante, cibi take-away o in un fast-food?

☐si ☐no ☐non so

a. data ____/____/____ b. denominazione/ luogo _____

b. data ____/____/____ b. denominazione/ luogo _____

c. data ____/____/____ b. denominazione/ luogo _____

il bambino ha assaggiato/mangiato qualcosa? ☐si ☐no ☐non so

Nelle ultime 2 settimane avete mangiato a una sagra?

☐si ☐no ☐non so

a. data ____/____/____ b. luogo _____

Nelle ultime due settimane avete mangiato a un "chiosco" o un kebab?

☐si ☐no ☐non so

a. data ____/____/____ b. denominazione/ luogo _____

b. data ____/____/____ b. denominazione/ luogo _____

Il bambino ha assaggiato/mangiato qualcosa? ☐si ☐no ☐non so

Caratteristiche abitative (CA)

L'abitazione di residenza o nella quale avete soggiornato nei 15 giorni prima la comparsa dei sintomi.

☐ in un centro urbano

☐ al confine con la campagna

☐ in campagna

è una fattoria: ☐si ☐no ☐non so

sono allevati bovini? ☐si ☐no ☐non so

Nei 15 giorni prima dei sintomi il bambino è stato almeno per una giornata intera a casa dei nonni o parenti? ☐si ☐no ☐non so

L'abitazione dei nonni/parenti è:

☐ in un centro urbano

☐ al confine con la campagna

☐ in campagna

è in una fattoria: ☐si ☐no ☐non so

sono allevati bovini? ☐si ☐no ☐non so

La casa di residenza o nella quale avete soggiornato nei 15 giorni precedenti, o la casa dove suo figlio passa abitualmente del tempo(nonni), ha un pozzo autonomo?

☐si ☐no ☐non so

Per quali usi ? ☐uso domestico ☐irrigazione

Avete un orto? ☐si noi ☐i nonni (parenti) ☐no ☐non so

come lo irrigate?

☐pozzo ☐corsi d'acqua irrigua ☐non so

☐acqua piovana ☐acquedotto

come lo concimate?

☐letame ruminanti ☐non concimato ☐letame non ruminanti

☐altro ☐non so

- Avete un giardino?** ☐ sì noi ☐ i nonni (parenti) ☐ no ☐ non so
- come lo irrigate?
- ☐ pozzo ☐ corsi d'acqua irrigua ☐ non so
- ☐ acqua piovana ☐ acquedotto
- di recente è stato concimato?
- ☐ letame ruminanti ☐ non concimato ☐ letame non ruminanti
- ☐ altro ☐ non so

Acque (AQ)

L'approvvigionamento dell'acqua alla vostra casa di abitazione o dove avete soggiornato nei 15 giorni precedenti la comparsa dei sintomi o alla casa dove suo figlio passa abitualmente del tempo (nonni), avviene (anche occasionalmente) tramite:

- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| acquedotto | ☐ sì | ☐ no | ☐ non so |
| pozzo autonomo | ☐ sì | ☐ no | ☐ non so |
| rifornimento con autocisterne | ☐ sì | ☐ no | ☐ non so |
| cisterne ad accumulo | ☐ sì | ☐ no | ☐ non so |

L'acqua è potabile? ☐ sì ☐ no ☐ non so

Nei 15 giorni precedenti la comparsa dei sintomi:

- l'approvvigionamento di acqua a casa è stato interrotto ☐ sì ☐ no ☐ non so
- ha notato se l'acqua ha cambiato colore ☐ sì ☐ no ☐ non so
- ha notato se l'acqua ha cambiato odore o sapore ☐ sì ☐ no ☐ non so

Nei 15 giorni precedenti la comparsa dei sintomi suo figlio ha consumato ?

Acqua imbottigliata ☐ sì ☐ no ☐ non so

Marche: _____

- | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| Acqua rubinetto | ☐ sì | ☐ no | ☐ non so | ☐ filtrata |
| Fontanili/fontanelle | ☐ sì | ☐ no | ☐ non so | |
| acqua pozzo | ☐ sì | ☐ no | ☐ non so | |
| acqua dei distributori automatici | ☐ sì | ☐ no | ☐ non so | |

Nei 15 giorni precedenti la comparsa dei sintomi il bambino ha fatto bagni: ☐ sì ☐ no ☐ non so

- ☐ piscina pubblica data ____/____/____ luogo _____
- ☐ acquapark data ____/____/____ luogo _____
- ☐ pisc. privata data ____/____/____ luogo _____

con quale acqua è stata riempita? ☐ acquedotto ☐ pozzo ☐ altro ☐ non so

- ☐ pisc. gonfiabile / per bambini data ____/____/____ luogo _____

con quale acqua è stata riempita? ☐ acquedotto ☐ pozzo ☐ altro ☐ non so

- c'erano altri bambini insieme a suo figlio/figlia? ☐ sì ☐ no ☐ non so
- ☐ mare data ____/____/____ luogo _____
- data ____/____/____ luogo _____

☐ fiume/lago/torrenti data ____/____/____ luogo _____

Nei 15 giorni precedenti la comparsa dei sintomi suo figlio ha giocato, mangiato, passeggiato, fatto attività ricreative vicino a laghi, fiumi, torrenti, stagni, o altri bacini idrici?

☐ sì ☐ no ☐ non so data ____/____/____ luogo _____

Nei 15 giorni precedenti la comparsa dei sintomi suo figlio è stato al mare (anche senza fare il bagno)?

☐ sì ☐ no ☐ non so
data ____/____/____ luogo _____

Nei 15 giorni precedenti suo figlio ha giocato in un parco?

☐ sì ☐ no ☐ non so
data ____/____/____ luogo _____

Nei 15 giorni precedenti suo figlio ha giocato in buche di sabbia per bambini?

☐ sì nel parco ☐ sì in spiaggia ☐ no ☐ non so

Abitudini (AB)(per bambini di età inferiore ai 4 anni)

Suo figlio usa il ciuccio ? ☐ sì ☐ no ☐ non so

Suo figlio usa il biberon? ☐ sì ☐ no ☐ non so

Ha già tolto il pannolino? ☐ sì ☐ no ☐ non so Quanto tempo fa? _____

Va al bagno da solo? ☐ sì ☐ no ☐ non so

Animali (AN)

Avete cani o gatti che vivono con voi?

☐ sì ☐ no ☐ non so ☐ i nonni (parenti)

Se sì, avete notato se recentemente ha avuto episodi di diarrea?

☐ sì ☐ no ☐ non so

Ci sono allevamenti di bovini nelle vicinanze della vostra abitazione?

☐ sì ☐ no ☐ non so

Quanto è distante l'allevamento di bovini più vicino a voi, più o meno 5 km?

☐ meno _____ ☐ più ☐ non so

Ci sono allevamenti di altre specie animali a una distanza inferiore a 5 km circa dalla vostra abitazione di residenza o di soggiorno?

☐ sì ☐ no ☐ non so specificare _____

Nel caso il bambino trascorra abitualmente tempo con i nonni/parenti, ci sono allevamenti di bovini nelle vicinanze della loro abitazione?

☐ sì ☐ no ☐ non so

Quanto è distante l'allevamento di bovini più vicino, più o meno 5 km?

☐ meno _____ ☐ più ☐ non so

Ci sono allevamenti di altre specie animali a una distanza inferiore a 5 km circa dalla loro abitazione di residenza o di soggiorno?

☐ sì ☐ no ☐ non so specificare _____

Nei 15 giorni precedenti la comparsa dei sintomi, suo figlio ha giocato o fatto una passeggiata su pascoli o terreni dove transitano animali d'allevamento?

☐ sì ☐ no ☐ non so data ____/____/____ luogo _____

Nel periodo precedente la comparsa dei sintomi siete stati a visitare uno zoo?

☐ sì ☐ no ☐ non so
data ____/____/____ luogo _____

Nel periodo precedente la comparsa dei sintomi siete stati a visitare un luogo in cui c'erano animali d'allevamento, es. una stalla di mucche, un ovile?

☐ sì ☐ no ☐ non so

data ____/____/____ luogo _____

Se sì, quali?

☐ mucche/vitelli luogo _____

☐ ovi/capriini luogo _____

☐ suini luogo _____

☐ pollame luogo _____

☐ equini luogo _____

☐ altre specie luogo _____

Nei 15 giorni siete stati ad una fiera con esposizione di animali?

☐ sì ☐ no ☐ non so data ____/____/____ luogo _____

Nel periodo precedente la comparsa dei sintomi suo figlio ha avuto contatto diretto (cioè ha toccato) animali d'allevamento?

☐ sì ☐ no ☐ non so

data ____/____/____ luogo _____

Se sì, quali?

☐ mucche/vitelli luogo _____

☐ ovi/capriini luogo _____

☐ suini luogo _____

☐ pollame luogo _____

☐ equini luogo _____

☐ altre specie luogo _____

Nei 15 giorni precedenti suo figlio è stato a contatto con persone che vivono o lavorano con animali d'allevamento?

☐ sì ☐ no ☐ non so

Specificare _____

Nei 15 giorni precedenti suo figlio è stato a contatto con persone che lavorano come casari, macellai o cuochi ?

☐ sì ☐ no ☐ non so

Specificare _____

Comunità (CO)

Nei 15 giorni precedenti l'inizio della malattia il bambino ha frequentato il nido/asilo/scuola/campo scuola? ☐ sì ☐ no ☐ non so

Fino a quale data ha frequentato? data ____/____/____

Consuma i pasti a scuola? ☐ sì ☐ no ☐ non so

Tra i bambini a scuola o tra i compagni di gioco nell'ultimo mese prima dell'inizio della malattia di vostro figlio/a qualcuno ha avuto di diarrea, vomito, mal di pancia?

☐sì ☐no ☐non so

persona	no	sì	Mal di pancia	vomito	nausea	diarrea	Diarrea cronica
Compagni scuola							
Compagni gioco							

Nei 15 giorni precedenti suo figlio è stato a contatto con persone che lavorano con bambini sotto i sei anni?

☐sì ☐no ☐non so _____

Nei 15 giorni precedenti suo figlio è stato a contatto con persone che esercitano una professione medica/ospedaliera sanitaria?

☐sì ☐no ☐non so

Specificare con quali pazienti _____

In famiglia o presso i vostri parenti e conoscenti che possono essere stati a contatto con vostro figlio, nell'ultimo mese e prima dell'inizio della malattia del bambino qualcuno ha avuto diarrea, vomito o mal di pancia?

persona	no	sì	Mal di pancia	vomito	nausea	diarrea	Diarrea cronica
Madre							
Padre							
Altri- elenco: (nonni, fratelli baby sitter)							

SE QUALCHE FAMILIARE HA AVUTO SINTOMI OCCORRE COMPILARE ANCHE LE PAGINE 14, 15 e 16,

altrimenti proseguire e completare il questionario in questa pagina

Completamento del questionario

Avete un sospetto sulle possibili cause della malattia ? _____

La ringrazio molto per la collaborazione e le lascio il mio numero di telefono qualora volesse informarci di altro...06. 4990.2563

Per informazioni sito www.iss.it/seu

Inviare all'indirizzo e-mail: gaia.scavia@iss.it – oppure via fax al n. 06.4938.7077

Nei 10 giorni precedenti la comparsa dei sintomi, Lei oppure suo Marito o un altro familiare ha consumato i seguenti alimenti?

carni

vitello,vitellone,manzo
agnello
suino
coniglio
pollame
cavallo
Hamburger (no pollame)
Polpette/polpettone
salame
salsiccia
wurstel (no pollame)
Altro ?

consumo			Origine indicare luogo acquisto o consumo					cottura			Luogo acquisto	tipologia
si	no	non so	Confezionata	Preconf. (vassoi)	Sfuso - banco macellaio	Ristorante - Bar	mensa	Cruda	Poco cotta	griglia	(ES. fruttivendolo , Supermercato Coop)	AR-artigianale; CO- commerciale; CA-casalinga

(domanda da fare solo se non ha mai riferito di aver consumato carne cruda o poco cotta)

È sicura, quindi, che nessuno non abbia mangiato carne cruda?

☐si ☐no ☐non so

E carne al sangue o rosa ?

☐si ☐no ☐non so

formaggi e latticini

- Latte crudo
- Latte fresco
- Latte UHT
- Ricotta mucca
- Ricotta pecora
- Mozzarella bovina
- Mozzarella bufala
- Primo sale
- robiola
- Crescenza/stracchino
- Burrata/stracciatella
- Caciotta
- Altri formaggi freschi
- yogurt
- gelato
- ghiaccioli
- granita
- Succo di frutta
- altro

[illegible]

verdure crude e frutta

Verdure a foglia verde
 Altri ortaggi
 Insalata mista
 Germogli di soia
 Frutta con buccia
 melone - cocomero
 altro

<i>consumo</i>			<i>Origine</i> <i>indicare luogo acquisto o consumo</i>						<i>Luogo acquisto</i>
si	no	non so	Conf. IV gamma	Preconf. (vassoi)	Sfuso - banco	orto	Ristorante - Bar	mensa	

Riprendere il questionario a pagina 13 e completare.