



Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza
e Promozione della Salute



Ministero del Lavoro, della Salute
e delle Politiche Sociali

SCHEDA PER L'INDAGINE EPIDEMIOLOGICA DEI CASI CONFERMATI DI NUOVA INFLUENZA A/H1N1

[COMPILARE IN STAMPATELLO IN MODO LEGGIBILE]

Dettagli di chi compila la scheda

Data segnalazione |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Regione _____

N.ro Protocollo _____

Regione/ASL _____

Servizio Servizi regionali (Agenzia Regionale/ Osservatorio Epidemiologico Regionale)

ASL

Se ASL, specificare denominazione _____

Se altro _____

Dati compilatore

Nome _____ Cognome _____

telefono fisso _____ cellulare _____

e-mail _____

Dettaglio anagrafica paziente

Le informazioni sul paziente vengono da: paziente stesso

altro

se altro specificare: _____

telefono fisso _____ cellulare _____

Nome _____ Cognome _____

Sesso M F Data di nascita |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

se data nascita non disponibile, specificare età _____

se disponibile, Codice Fiscale _____

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

se si, mese di gestazione |_| se no, passare alla domanda successiva

Indirizzo attuale domicilio (ultimi 10

gg) _____

CAP |_|_|_|_| Città _____ Paese _____

il paziente è un operatore sanitario? Si no non noto

se si, lavora a diretto contatto con i pazienti? Si no non noto

(inclusi medici, infermieri, studenti di medicina, volontari, operatori tecnici ausiliari, addetti alle pulizie, altro)

se no specificare professione _____

Condizioni preesistenti del paziente

Ha fatto il vaccino antinfluenzale nel 2008? Si no non noto
Ha fatto il vaccino antinfluenzale nel 2009? Si no non noto
Ha fatto il vaccino anti-pneumococcico? Si no non noto

se si, specificare l'anno _____

Ha fatto profilassi con antivirali prima dell'insorgenza dei sintomi? Si no non noto
se si: Oseltamivir, specificare data inizio profilassi |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| durata in gg |_|
 Zanamivir, specificare data inizio profilassi |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| durata in gg |_|
sono stati notati eventi avversi? Si no non noto

Ha fatto terapia antibiotica? Si no Non noto
Se si, specificare quale: amoxicillina amoxicillina+ac. clavulanico cefotaxime
 doxiciclina cefuroxima claritromicina
 LevofloxacinA Amoxifloxacina
specificare data inizio terapia antibiotica |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| durata in gg |_|

Note [se assunto più di un antibiotico riportare in note il tipo, la data inizio della terapia e la durata in giorni]:

Ha patologie croniche? Si no non noto
se si quali? **Tumore** Si no non
noto

Diabete	Si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> non noto
Malattie cardiovascolari	Si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> non noto
HIV/altri deficit immunitari	Si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> non noto
Malattie respiratorie	Si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> non noto
Malattie renali	Si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> non noto
Malattie metaboliche	Si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> non noto
altro	Si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> non noto

se altro specificare:

Informazioni cliniche

Data insorgenza sintomi / /

Data primo contatto con SSN (medico, ospedale, PS) / /

Ricovero si no se si, dove _____

paziente in isolamento? Si no non noto

data ricovero / / il paziente è ancora ricoverato? Si no non noto
 se no, data dimissione / /

Sintomi del caso	Si	No	Non noto	Sintomi all'insorgenza ^{a*}	Sintomi dopo insorgenza [*]	Se dopo, specificare data	Durata gg.
Febbre ≥ 38°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	___
Febbre senza storia di misurazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	___
Mal di gola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	___
Raffreddore (con starnuti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	___
Tosse (specificare se secca o produttiva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	___
Difficoltà respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	___
Congiuntivite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	___
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	___
Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	___
Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	___
Mal di testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	___
Astenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	___
Convulsioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	___
Alterazioni della coscienza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	___
Dolori muscolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	___
Dolori articolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	___
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	___

*Specificare se ogni sintomo è insorto alla data di insorgenza riportata all'inizio della sezione Caratteristiche della malattia o dopo e se dopo, specificare la data di insorgenza.

Note _____

Status del paziente al momento della rilevazione:

guarito si no se si, specificare in che data / /

presenza di complicanze si no se si, eseguire follow up a 15 gg del paziente sulle possibili complicanze insorte nel caso

ancora sintomatico si no se si, specificare in che data / /

deceduto, si no se si, specificare in che data / /

[follow up a 15 gg del paziente sulle possibili complicanze insorte nel caso]:

Se presenza complicanze, specificare: Polmonite:

- Polmonite influenzale primaria Si no Non noto

- Polmonite batterica secondaria Si no Non noto

Insufficienza respiratoria con ventilazione assistita

Altro: _____

se Polmonite, Rx Torace con segni di polmonite positivo? Si no Non noto

Se si, specificare data del primo Rx con segni di polmonite / /

Nome Laboratorio che ha effettuato la diagnosi _____

Esami di laboratorio	Data prelievo	Data 1° campionamento positivo	Laboratorio che ha effettuato analisi	Tipo di materiale
RT-PCR A	__/__/__	__/__/__	periferico <input type="checkbox"/> regionale <input type="checkbox"/> nazionale <input type="checkbox"/>	Tampone nasale <input type="checkbox"/> Tampone faringeo <input type="checkbox"/> altro _____
RT-PCR spec. A/H1N1	__/__/__	__/__/__	periferico <input type="checkbox"/> regionale <input type="checkbox"/> nazionale <input type="checkbox"/>	Tampone nasale <input type="checkbox"/> Tampone faringeo <input type="checkbox"/> altro _____
SIEROCONVERSIONE	__/__/__	__/__/__	periferico <input type="checkbox"/> regionale <input type="checkbox"/> nazionale <input type="checkbox"/>	Siero/Sangue <input type="checkbox"/> altro _____
ISOLAMENTO VIRALE	__/__/__	__/__/__	periferico <input type="checkbox"/> regionale <input type="checkbox"/> nazionale <input type="checkbox"/>	Tampone nasale <input type="checkbox"/> Tampone faringeo <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> altro _____

Note:

Esposizione del caso confermato nei 10 giorni prima dell'insorgenza sintomi:

Negli ultimi 10 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso si è recato in un'area dove siano stati confermati casi di influenza da nuovo virus A/H1N1 in Italia o all'estero?

si no non noto

Se si, specificare dove _____
data del ritorno presso domicilio abituale |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

[se si è recato in più luoghi, specificare]

dove _____
data del ritorno presso domicilio abituale |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

dove _____
data del ritorno presso domicilio abituale |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

dove _____
data del ritorno presso domicilio abituale |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Negli ultimi 10 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso è stato esposto (contatto stretto / parlato a distanza ravvicinata) ad un caso probabile o confermato di nuova influenza da virus A/H1N1?

si no non noto

Se si, specificare dove: _____ data esposizione |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

[se esposto a caso probabile o confermato specificare in più luoghi, specificare]

dove _____
data esposizione |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

dove _____
data esposizione |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

dove _____
data esposizione |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Negli ultimi 10 giorni, prima dell'insorgenza di sintomi, ha utilizzato trasporti pubblici?

si no non noto

Se si, tipo di mezzo:

treno aereo nave/barca
 metro bus taxi altro

se altro, specificare: _____

data: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| da _____ a _____

durata |_|_|gg Presenza sintomi al momento dell'utilizzo? si no non noto

[se ha utilizzato più mezzi, ripetere per i mezzi usati]

Tipo di mezzo: treno aereo nave/barca
 metro bus taxi

data: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| da _____ a _____

durata |_|_|gg Presenza sintomi al momento dell'utilizzo? si no non noto

Tipo di mezzo: treno aereo nave/barca
 metro bus taxi

data: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| da _____ a _____

durata |_|_|gg Presenza sintomi al momento dell'utilizzo? si no non noto

Tipo di mezzo: treno aereo nave/barca
 metro bus taxi

data: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| da _____ a _____

durata |_|_|gg Presenza sintomi al momento dell'utilizzo? si no non noto

Negli ultimi 10 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, ha frequentato luoghi pubblici affollati?

si no

Se si, dove: cinema teatro stadio altro

data: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| note _____

durata |_|_|gg

[se ha frequentato più luoghi pubblici affollati, ripetere per tutti i luoghi frequentati]

Dove: cinema teatro stadio altro

data: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| note _____

durata |_|_|gg

Dove: cinema teatro stadio altro

data: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| note _____

durata |_|_|gg

Dove: cinema teatro stadio altro

data: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| note _____

durata |_|_|gg

[compilare la parte sottostante per ognuno dei contatti stretti° indicati dal caso]

° per definizione di contatto stretto vedi Circolare Ministeriale del 20 maggio 2009

Nome _____ Cognome _____

Sesso M F Data di nascita |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| Et  |_|_|

Indirizzo domicilio _____

CAP |_|_|_|_| Citta' _____ Paese _____

telefono fisso _____ cellulare _____

E' sottoposto a profilassi? si no non noto

Se si con quali antivirali? Oseltamivir

Zanamivir

altro

se altro, specificare: _____

Il contatto   diventato un caso: Probabile si no non noto

Confermato si no non noto

Se si, compilare la scheda di sorveglianza epidemiologica di caso

[specificare il/i giorno/i in cui  /sono avvenuto/i il/i contatto/i con il caso confermato nei 10 giorni precedenti e successivi all'insorgenza dei sintomi]

Data	Tipo di contatto*	Se altro [Specificare]	Ha condiviso la stanza con il caso? [Si, no, non noto]	Se si, per quanto tempo? [specificare numero ore, o minuti]	Il caso presentava sintomi? [si, no]
-10					
-9					
-8					
-7					
-6					
-5					
-4					
-3					
-2					
-1					
0 [insorgenza sintomi]					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

* Domicilio/lavoro/scuola/luogo pubblico/mezzo di trasporto pubblico/operatore sanitario, altro

[compilare la parte sottostante per ognuno dei contatti stretti° indicati dal caso]

° per definizione di contatto stretto vedi Circolare Ministeriale del 20 maggio 2009

Nome _____ Cognome _____
 Sesso M F Data di nascita |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| Et  |_|_|
 Indirizzo domicilio _____
 CAP |_|_|_|_| Citta' _____ Paese _____
 telefono fisso _____ cellulare _____

E' sottoposto a profilassi? si no non noto

Se si con quali antivirali? Oseltamivir
 Zanamivir
 altro

se altro, specificare: _____

Il contatto   diventato un caso: Probabile si no non noto
 Confermato si no non noto

Se si, compilare la scheda di sorveglianza epidemiologica di caso

[specificare il/i giorno/i in cui  /sono avvenuto/i il/i contatto/i con il caso confermato nei 10 giorni precedenti e successivi all'insorgenza dei sintomi]

Data	Tipo di contatto*	Se altro [Specificare]	Ha condiviso la stanza con il caso? [Si, no, non noto]	Se si, per quanto tempo? [specificare numero ore, o minuti]	Il caso presentava sintomi? [si, no]
-10					
-9					
-8					
-7					
-6					
-5					
-4					
-3					
-2					
-1					
0 [insorgenza sintomi]					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

* Domicilio/lavoro/scuola/luogo pubblico/mezzo di trasporto pubblico/operatore sanitario, altro