

SCHEDA PER LA SEGNALAZIONE DI CASI DI INFEZIONE DA VIRUS RESPIRATORI

*La versione compilabile elettronicamente è scaricabile dal sito della Regione Lazio,
dall'indirizzo <http://www.inmi.it/bedmanager> o www.inmi.it/seresmi
Copia della scheda dovrà essere inviata alla ASL di competenza*

Primo Invio Aggiornamento

Caso di: _____

Data di segnalazione: |__|__|____|

Medico che compila la scheda:

Cognome: |_____| Nome: |_____|

Telefono |_____| Email |_____|

Dati Anagrafici

Cognome: |_____| Nome: |_____|

Sesso: M F

Data di nascita*: |__|__|____|

Comune/Nazione di Nascita: |_____| Prov |__|__|

Cittadinanza: |_____| Telefono: |_____|

Codice Fiscale/Cod. identificativo personale (paz. straniero): |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
|__| Non Noto |__| Senza fissa dimora

Stato civile: |_____| Titolo di studio: |_____|

Professione: |_____|

RESIDENZA

Nazione: |_____| Comune: |_____| Prov |__|__|

Indirizzo |_____| Recapito telefonico: |_____|

Altri Recapiti telefonici: |_____|

DOMICILIO (se diversa dalla residenza)

Nazione: |_____| Comune: |_____| Prov |__|__|

Indirizzo |_____|

SE RESIDENTE/DOMICILIATO IN UN PAESE DIVERSO DALL'ITALIA:

Data partenza dal proprio paese: |__|__|____| Data ingresso in Italia: |__|__|____|

Ha visitato altri paesi nel periodo di incubazione?: Sì No

In stato di gravidanza? Sì|__| No|__| Non noto|__| se sì, mese di gestazione |__|

Il paziente è stato vaccinato per influenza nella corrente stagione: Sì|__| No|__| Non noto|__|

se sì, Nome commerciale del vaccino: |_____| Data della vaccinazione: |_____|

Informazioni Cliniche del Paziente

Segni e sintomi rilevanti	✓	Data esordio		✓	Data esordio
Artralgia/Artrite	<input type="checkbox"/>		Ipertransaminasemia	<input type="checkbox"/>	
Astenia	<input type="checkbox"/>		Linfoadenopatia/linfadenite	<input type="checkbox"/>	
Cefalea	<input type="checkbox"/>		Mialgia	<input type="checkbox"/>	
Congiuntivite	<input type="checkbox"/>		Nausea	<input type="checkbox"/>	
Diarrea	<input type="checkbox"/>		Paralisi Flaccida Acuta	<input type="checkbox"/>	
Dispnea	<input type="checkbox"/>		Polmonite	<input type="checkbox"/>	
Dolori Addominali	<input type="checkbox"/>		Rigor Nucalis	<input type="checkbox"/>	
Emorragie cutanee/mucose	<input type="checkbox"/>		Sepsi/shock settico	<input type="checkbox"/>	
Esantema/Rash Cutaneo	<input type="checkbox"/>		Sindrome di tipo influenzale	<input type="checkbox"/>	
Faringite/faringodinia	<input type="checkbox"/>		Tosse	<input type="checkbox"/>	
Febbre	<input type="checkbox"/>		Vomito	<input type="checkbox"/>	
Ittero	<input type="checkbox"/>		Altro	<input type="checkbox"/>	

Altri Sintomi/segni/affezioni a carico di	Specificare	✓	Data esordio
Sistema Nervoso Centrale		<input type="checkbox"/>	
Sistema Nervoso Periferico		<input type="checkbox"/>	
Vie respiratorie superiori		<input type="checkbox"/>	
Vie respiratorie inferiori		<input type="checkbox"/>	
Apparato cardiovascolare		<input type="checkbox"/>	
Apparato digerente		<input type="checkbox"/>	
Apparato uro-genitale		<input type="checkbox"/>	
Apparato urinario		<input type="checkbox"/>	
Apparato muscolo-scheletrico		<input type="checkbox"/>	
Cute (lesioni cutanee)		<input type="checkbox"/>	
Altro			

Ricovero Sì|__| No|__|

Isolamento fiduciario Sì|__| No|__|

Se ricovero:

Data ricovero: |_____| Nome Ospedale: |_____|

Reparto: Terapia intensiva/rianimazione (UTI) |__| Intubato |__| ECMO |__|
 DEA/EAS |__|
 Terapia sub intensiva |__|
 Cardiochirurgia |__|
 Malattie Infettive |__|
 Altro, specificare |__| _____

Terapia Antivirale: Sì|__| No|__| Non noto|__|

se sì, Oseltamivir |__| Zanamivir |__| Peramivir |__| Data inizio terapia: |_____| Durata: |__| (giorni)

Presenza di patologie croniche: Si|__| No|__| Non noto|__| *se sì quali?*

Tumore Si|__| No|__| Non noto|__|

Diabete Si|__| No|__| Non noto|__|

Malattie cardiovascolari Si|__| No|__| Non noto|__|

Deficit immunitari Si|__| No|__| Non noto|__|

Malattie respiratorie Si|__| No|__| Non noto|__|

Malattie renali Si|__| No|__| Non noto|__|

Malattie metaboliche Si|__| No|__| Non noto|__|

Obesità BMI tra 30 e 40 Si|__| No|__| Non noto|__|

Obesità BMI>40 Si|__| No|__| Non noto|__|

Altro, specificare: _____

Dati di Laboratorio

2019-nCoV:

Tipologia campione:	Metodica:	Metodica:	Data
	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/>	
	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/>	
	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/>	

Influenza:

Tipologia campione:	Metodica:	Metodica:	Data
	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/>	
	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/>	
	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/>	

MERS-CoV

Tipologia campione:	Metodica:	Metodica:	Data
	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/>	
	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/>	
	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/>	

Altro(specificare): _____:

Tipologia campione:	Metodica:	Metodica:	Data
	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/>	
	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/>	
	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/>	

Altro(specificare): _____:

Tipologia campione:	Metodica:	Metodica:	Data
	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/>	
	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/>	
	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/>	

Invio campione al Laboratorio Regionale Sì No Data invio: |__|_|_|_|_|
 Invio campione al Laboratorio Nazionale Sì No Data invio: |__|_|_|_|_|

Link epidemiologico

Negli ultimi 15 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso si è recato in un Paese dove siano stati confermati casi di polmonite da **nuovo coronavirus o MERS_COV**? Sì|__| No|__| Non noto|__| Se sì,

dove _____ data di arrivo : |__|_|_|_|_| data di partenza : |__|_|_|_|_|

dove _____ data di arrivo : |__|_|_|_|_| data di partenza : |__|_|_|_|_|

dove _____ data di arrivo : |__|_|_|_|_| data di partenza : |__|_|_|_|_|

data di arrivo in Italia: |__|_|_|_|_|

Informazioni Aggiuntive viaggio

Mezzo di trasporto: Aereo Nave/traghetto Treno Automobile Pullman Altro

Se Altro mezzo di trasporto specificare quale:

Disponibilità informazioni identificative del viaggio: Sì No

Indicare volo di ritorno in Italia (o compagnia aerea e itinerario se disponibili) e aeroporto arrivo

Negli ultimi 15 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso è stato a contatto con una persona affetta da polmonite da **nuovo coronavirus o MERS_COV**? Sì|__| No|__| Non noto|__| Se sì,

dove _____ data di arrivo : |__|_|_|_|_| data di partenza : |__|_|_|_|_|

dove _____ data di arrivo : |__|_|_|_|_| data di partenza : |__|_|_|_|_|

dove _____ data di arrivo : |__|_|_|_|_| data di partenza : |__|_|_|_|_|

data esposizione: |__|_|_|_|_|

Complicanze

Se presenza complicanze, specificare: |_____|

Data complicanza: |_____| Eseguita radiografia: Sì|__| No|__| Non noto|__|

Polmonite: Sì|__| No|__| Non noto|__|

Polmonite virale primaria: Sì|__| No|__| Non noto|__|

Polmonite batterica secondaria: Sì|__| No|__| Non noto|__|

Polmonite mista: Sì|__| No|__| Non noto|__|

Grave insufficienza respiratoria acuta (SARI): Sì|__| No|__| Non noto|__|

Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS): Sì|__| No|__| Non noto|__|

Altro, specificare: Sì|__| No|__| Non noto|__| _____

Diagnosi Esito e Follow-up

Diagnosi per: |__| A(H1N1)pdm09

|__| A(H3N2)

|__| A/non sotto-tipizzabile come A(H1N1)pdm09 o A(H3N2)

<input type="checkbox"/> A/Altro sottotipo _____
<input type="checkbox"/> B
<input type="checkbox"/> nuovo coronavirus (2019 – nCoV)
<input type="checkbox"/> MERS_CoV
<input type="checkbox"/> Altra diagnosi (specificare): _____
Data diagnosi del laboratorio: _____

Esito: Guarigione **Data:** | _____
 Decesso **Data:** | _____
 Presenza esiti Specificare _____

Definizione di caso di SARI: un paziente ospedalizzato di qualsiasi età anni con:

- almeno un segno o sintomo respiratorio (tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie) presenti al momento del ricovero o nelle 48 ore successive all'ammissione in ospedale e
- almeno un segno o sintomo sistemico (febbre o febbre, cefalea, mialgia, malessere generalizzato) o deterioramento delle condizioni generali (astenia, perdita di peso, anoressia o confusione e vertigini).

La data di inizio sintomi (o l'aggravamento delle condizioni di base, se croniche) non deve superare i 7 giorni precedenti l'ammissione in ospedale.

Definizione di ARDS: paziente ospedalizzato di qualsiasi età anni con:

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, che richieda un ricovero ospedaliero in UTI e/o il ricorso alla terapia in ECMO in cui sia stata confermata, attraverso specifici test di laboratorio, la presenza di un tipo/sottotipo di virus influenzale.

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.