

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, settimane di gestazione: _____

Informazioni sullo Stato Vaccinale

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 Nuchalis	<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, specificare		_____			_____

Altri Sintomi/segna/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 specificare			_____

Ricovero Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Isolamento fiduciario: Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Data: _____ Nome Ospedale: _____	Data isolamento: _____
Reperto: Terapia intensiva/rianimazione (UTI) <input type="checkbox"/> Intubato <input type="checkbox"/> ECMO <input type="checkbox"/>	Indirizzo: _____
DEA/EAS <input type="checkbox"/> Terapia sub intensiva <input type="checkbox"/>	Comune: _____
Cardiochirurgia <input type="checkbox"/> Malattie Infettive <input type="checkbox"/>	Prov _____
Altro, specificare <input type="checkbox"/> _____	

Terapia Antivirale: Sì ☐ No ☐ Non noto ☐ se sì, Oseltamivir ☐ Zanamivir ☐ Peramivir ☐
Data inizio terapia: _____ **Durata:** _____ (giorni)

Presenza di patologie croniche: Sì ☐ No ☐ Non noto ☐ se sì quali?

Tumore	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto	Malattie renali	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto
Diabete	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto	Malattie metaboliche	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto
Malattie cardiovascolari	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto	Obesità BMI tra 30 e 40	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto
Deficit immunitari	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto	Obesità BMI > 40	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto
Malattie respiratorie	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto				
Altro, specificare	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto				

Dati di Laboratorio

Invio campione al Laboratorio Regionale Sì ☐ No ☐ Data invio: _____

Invio campione al Laboratorio Nazionale Sì ☐ No ☐ Data invio: _____

SARS-CoV-2:

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

Influenza:

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

MERS-CoV

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

Altro(specificare): _____ :

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

Altro(specificare): _____ :

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

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 SARS-CoV-2**? 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,specificare: _____

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 SARS-CoV-2**? 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	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto	Polmonite virale primaria	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto
	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto	Polmonite batterica secondaria	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto
				Polmonite mista	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/>	A(H1N1)pdm09	<input type="checkbox"/>	B
<input type="checkbox"/>	A(H3N2)	<input type="checkbox"/>	nuovo coronavirus (2019 – nCoV)
<input type="checkbox"/>	A/non sotto-tipizzabile come A(H1N1)pdm09 o A(H3N2)	<input type="checkbox"/>	MERS_CoV
<input type="checkbox"/>	A/Altro sottotipo _____		
<input type="checkbox"/>	Altra diagnosi (specificare): _____		

Data diagnosi del laboratorio: _____

Esito: Guarigione ☐ Data: _____

Decesso ☐ Data: _____

Presenza esiti ☐ Specificare _____

Allegato 3

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 PaO_2/FiO_2 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.