

Vaccinazione contro il morbillo verificata da certificato vaccinale: Si No

Precedente vaccinazione contro la **rosolia**: Si No Non ricordo

se sì, Data ultima dose: |||

Vaccinazione contro la rosolia verificata da certificato vaccinale: Si No

DATI CLINICI

Comune insorgenza sintomi:

Esantema maculo papulare: Si No Data comparsa esantema: |||

Febbre: Si No Data comparsa febbre: |||

Altri sintomi:

Rinite: Si No Congiuntivite: Si No Tosse: Si No

Adenopatia: Si No Artralgia: Si No Artrite: Si No

(adenopatia cervicale, suboccipitale, retroauricolare)

Altri sintomi, specificare:

In stato di gravidanza?: Si No se sì, Data ultima mestruazione |||

Si raccomanda di compilare l'apposita scheda di sorveglianza in presenza di un caso di rosolia in donna in gravidanza

CONFERMA DI LABORATORIO

Effettuati esami di laboratorio per la diagnosi di **morbillo**?: Si No

MORBILLO				
Tipo di Esame		Data raccolta campione	Esito	Tipo di campione
<input type="checkbox"/>	Ricerca IgM Elisa <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Borderline/Indeterminato <input type="checkbox"/>	Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Ricerca IgG* Elisa <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>	1°: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2°: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Pos <input type="checkbox"/> Solo se aumento di 4 volte del titolo anticorpale o Sieroconversione Neg <input type="checkbox"/> in tutti gli altri casi	Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	PCR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Altro Test, specificare <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Genotipizzazione	<input type="checkbox"/> : Si <input type="checkbox"/> No	Ceppo: <input type="text"/>	

* la misurazione delle IgG deve essere effettuata su due campioni, il primo prelevato in fase acuta e il secondo in fase convalescente. Il risultato è positivo se si verificano o una siero conversione o un aumento di almeno quattro volte del titolo anticorpale.

Effettuati esami di laboratorio per la diagnosi di rosolia?: Sì No

R O S O L I A				
Tipo di Esame		Data raccolta campione	Esito	Tipo di campione
<input type="checkbox"/>	Ricerca IgM <i>Elisa</i> <input type="checkbox"/> <i>Altro</i> _____	____ ____ ____	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Borderline/Indeterminato <input type="checkbox"/>	Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/>	Ricerca IgG* <i>Elisa</i> <input type="checkbox"/> <i>Altro</i> _____	1°: ____ ____ ____ 2°: ____ ____ ____	Pos <input type="checkbox"/> Solo se aumento di 4 volte del titolo anticorpale o Sieroconversione Neg <input type="checkbox"/> in tutti gli altri casi	Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/>	PCR	____ ____ ____	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/>	Altro Test* , specificare _____	____ ____ ____	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/>	Genotipizzazione	<input type="checkbox"/> : Sì <input type="checkbox"/> No	Ceppo: _____	

* la misurazione delle IgG deve essere effettuata su due campioni, il primo prelevato in fase acuta e il secondo in fase convalescente. Il risultato è positivo se si verificano o una siero conversione o un aumento di almeno quattro volte del titolo anticorpale.

Invio campione al Laboratorio Periferico: Sì No **Data invio:** ____|____|____|

Invio campione al Laboratorio Regionale: Sì No **Data invio:** ____|____|____|

Invio campione al Laboratorio Nazionale: Sì No **Data invio:** ____|____|____|

ESITO E COMPLICANZE

Complicanze:

otite Sì No
 polmonite Sì No
 insufficienza respiratoria Sì No
 diarrea Sì No
 stomatite Sì No
 trombocitopenia Sì No

cherato-congiuntivite Sì No
 laringotracheobronchite (croup) Sì No
 encefalite acuta Sì No
 convulsioni Sì No
 epatite/aumento transaminasi Sì No
 altro, specificare _____

Esito: Guarigione Decesso Reliquati Perso al follow-up

se decesso, **Data:** ____|____|____| **Causa:** _____

se reliquati, **Quali:** _____

RICOVERO

Ricovero: No No, solo visita Pronto Soccorso Sì

Data di Ricovero: ____|____|____| **Data di Dimissione:** ____|____|____|

ORIGINE DEL CONTAGIO

Il caso ha effettuato viaggi nei 7-23 giorni precedenti l'inizio dell'esantema: Sì No

se sì, **dove:** Italia, specificare **Regione:** _____

Estero, specificare **Nazione:** _____

Quando, **da:** |__|_|_|_|_|_| **a:** |__|_|_|_|_|_|

Il caso fa parte di un focolaio? Si No *se sì, indicare il focolaio:* |_____|
Il paziente è stato a contatto con un altro caso confermato di morbillo (entro 7-18 giorni) o di rosolia (entro 12-23 giorni) prima dell'esordio dell'esantema? Sì, morbillo Sì, rosolia No

se sì, indicare il Cognome e Nome del contatto: |_____|

il contatto è un caso importato? Sì No

se sì, da quale nazione? |_____|

In quale comunità è avvenuto il contatto:

- Famiglia Scuola Ospedale Campo nomadi
 Struttura recettiva Pronto Soccorso/Sala d'attesa medico
 Altro, specificare |_____|

In quale località è avvenuto il contatto:

- Nella regione di residenza
 In altra regione: **dove:** |_____|
 All'estero: **dove:** |_____|
 Non so

CONTATTI CON DONNE IN GRAVIDANZA

Nel periodo di contagiosità sopra riportato, il paziente è stato a contatto con una donna in gravidanza? Sì No *se sì,*

indicare il Cognome e Nome della donna : |_____|

CLASSIFICAZIONE DEL CASO

Caso di: MORBILLO ROSOLIA NON caso

Classificazione finale del caso: Possibile Probabile Confermato

Caso: Importato Autoctono: correlato ad un caso importato
 Autoctono: correlato ad un caso autoctono
 Autoctono: fonte non nota

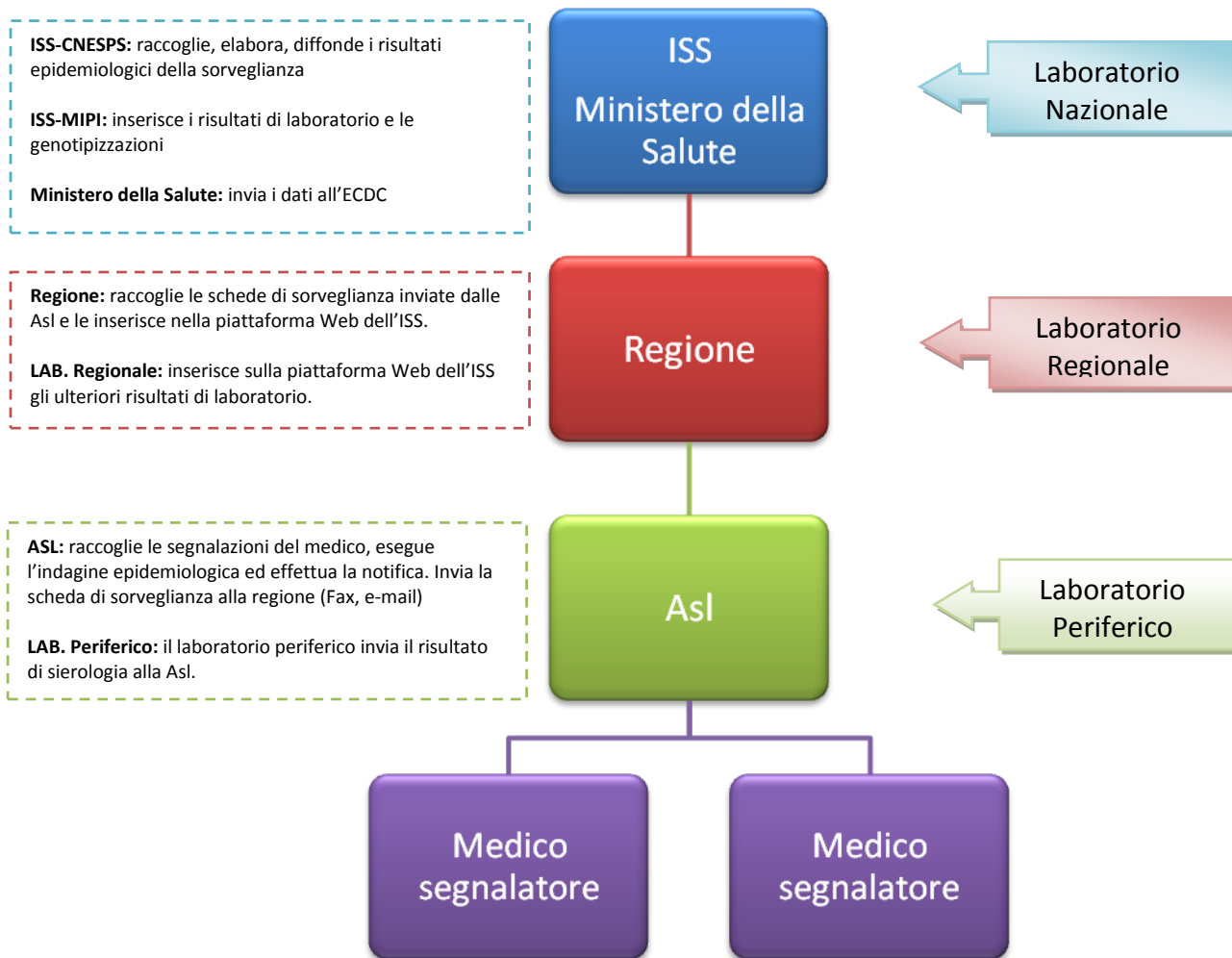
DATI DEL COMPILATORE

Cognome e Nome: |_____| **Recapito Telefonico:** |_____|

Note: |_____|

Data di notifica alla Regione: |__|_|_|_|_|

Flusso informativo

Sorveglianza Integrata del Morbillo e della Rosolia

La piattaforma Web per l'inserimento dei dati della sorveglianza Integrata del Morbillo e della Rosolia è accessibile al seguente indirizzo internet:

<https://www.iss.it/site/rmi/morbillo/>

Contatti:

- Per gli aspetti di laboratorio: morbillo.mipi@iss.it
- Per gli aspetti epidemiologici: cnesps.morbillo@iss.it
- Per gli aspetti della piattaforma Web: cnesps.web@iss.it