

Scheda per la segnalazione* e per l'indagine epidemiologica** dei casi umani di Vaiolo delle scimmie

*A cure del medico curante; **A cura del personale SISP territorialmente competente

I casi rispondenti alle definizioni di caso sospetto, probabile e confermato vengono segnalati **entro 12 ore** al SISP territorialmente competente attraverso la presente scheda e per le vie brevi.

L'**approfondimento epidemiologico** sui casi segnalati è **nelle competenze del personale SISP territoriale**, e viene effettuata sulla base della presente Scheda da trasmettersi a mezzo e-mail all'indirizzo: malinf@regione.puglia.it **entro 24 ore dalla segnalazione**.

Riferimenti del sanitario che ha osservato il caso

Cognome:	Nome:
Tel.:	E-mail:

Riferimenti dell'operatore SISP che ha curato l'indagine epidemiologica

Cognome:	Nome:
Tel.:	E-mail:
ASL:	

Data compilazione	Aggiornamento	[] ver0 - [] ver1 - [] ver2 - [] ver3 - [] ver4
Focolaio epidemico [] Sì [] No	ID focolaio:	

Classificazione del caso

Da compilarsi a cura del **personale SISP** che effettua l'indagine epidemiologica

[] Sospetto	[] Probabile	[] Confermato	[] Scartato
--------------	---------------	----------------	--------------

Anagrafica del paziente

Da compilarsi a cura del **medico che ha in cura il paziente** e che effettua la segnalazione

Cognome:	Nome:	
Codice fiscale:	Data di nascita:	Sesso: [] M - [] F - [] Non noto
Indirizzo di residenza:		
Indirizzo di domicilio:		
Nazionalità:	Paese di origine:	
Tel.:	E-mail:	
Etnia:	Professione:	
Località di residenza nelle ultime 3 settimane:		
Data in cui il paziente si è presentato all'attenzione del medico (data segnalazione):		

Condizioni cliniche preesistenti

Da compilarsi a cura del **medico che ha in cura il paziente** e che effettua la segnalazione

HIV+:	[] Sì [] No	Gravidanza:	[] Sì [] No
Il paziente è stato sottoposto a trasfusioni nelle 3 settimane precedenti l'esordio dei sintomi?		[] Sì [] No	
Malattie cutanee concomitanti: [] Sì [] No Se Sì, specificare:			
Malattie a trasmissione sessuale concomitanti: [] Sì [] No Se Sì, specificare:			
Altre malattie concomitanti: [] Sì [] No Se Sì, specificare:			

Vaccinazione antivaiolosaDa compilarsi a cura del **medico che ha in cura il paziente** e che effettua la segnalazione Sì No**Andamento clinico, ospedalizzazione, esito**Da compilarsi a cura del **medico che ha in cura il paziente** e che effettua la segnalazione

Manifestazioni cliniche	
Data insorgenza dei sintomi:	Località di insorgenza sintomi:
Il paziente ha avuto / ha febbre? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <i>Se Sì, specificare la data di insorgenza della febbre:</i>	
Il paziente ha presentato / presenta un'eruzione cutanea/rash? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <i>Se Sì, specificare</i>	
Data di insorgenza delle lesioni:	
Le lesioni cutanee presenti sul corpo sono tutte allo stesso stadio di sviluppo? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Le lesioni cutanee sono tutte della stessa dimensione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Le lesioni cutanee sono profonde? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Sede delle lesioni	
Viso: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Gambe: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Pianta dei piedi: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Braccia: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Palmi delle mani: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Petto: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Cavità orale: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Addome: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Lesioni oculari: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Schiena: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Inguine: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Genitali: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Area perineale: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Area perianale: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Altra sede: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<i>Se Sì, specificare</i>	
Numero approssimativo di lesioni:	
Altri sintomi:	
Nausea/Vomito: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Mal di testa: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Raffreddore: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Lesioni pruriginose: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Linfoadenopatia inguinale: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Mialgia: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Linfoadenopatia ascellare: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Spossatezza: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Brividi/Sudorazione: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Congiuntivite: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Mal di gola alla deglutizione: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Sensibilità alla luce: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Ulcere orali: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Il paziente è allattato: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Ricovero ospedaliero	
Il paziente è stato ricoverato?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Data di ricovero:	Data di dimissione
Ospedale:	Reparto:
Recapiti del curante:	
Accesso ambulatoriale	
Il paziente ha fatto un accesso ambulatoriale?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Data di accesso:	Struttura:
Recapiti del curante:	
Terapia	
Il paziente ha assunto farmaci?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<i>Se Sì, specificare farmaci assunti:</i>	
<i>Data inizio trattamento:</i>	<i>Data fine trattamento:</i>
Esito	
Il paziente è guarito?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Data guarigione:	
Il paziente è guarito con sequele?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Data guarigione:	
<i>Se Sì, specificare il tipo di sequele:</i>	
Il paziente è deceduto?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Data decesso:	
<i>Se Sì, specificare se è stato eseguito esame autoptico e in che data:</i>	

Fattori di rischioDa compilarsi a cura del **personale SISP** che effettua l'indagine epidemiologica

Viaggi			
Durante le 3 settimane precedenti l'esordio clinico, il paziente ha effettuato viaggi in Italia e/o all'estero? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
<i>Se Sì, specificare:</i>			
Località:	Data di partenza:	Data di ritorno:	
Scopo: <input type="checkbox"/> Lavoro <input type="checkbox"/> Ludico ricreativo <input type="checkbox"/> Altro, specificare			
Mezzo di trasporto (riportare riferimenti):			
Località	Data di partenza:	Data di ritorno:	
Scopo: <input type="checkbox"/> Lavoro <input type="checkbox"/> Ludico ricreativo <input type="checkbox"/> Altro, specificare			
Mezzo di trasporto (riportare riferimenti):			
Il paziente ha effettuato viaggi in Italia e/o all'estero dopo la comparsa dei sintomi?			
Località:	Data di partenza:	Data di ritorno:	
Scopo: <input type="checkbox"/> Lavoro <input type="checkbox"/> Ludico ricreativo <input type="checkbox"/> Altro, specificare			
Mezzo di trasporto (riportare riferimenti)			
Località:	Data di partenza:	Data di ritorno:	
Scopo: <input type="checkbox"/> Lavoro <input type="checkbox"/> Ludico ricreativo <input type="checkbox"/> Altro, specificare			
Mezzo di trasporto (riportare riferimenti):			
Contatti con altri casi sospetti			
Durante le 3 settimane precedenti l'esordio clinico, il paziente ha avuto contatti con uno o più persone che manifestavano gli stessi sintomi? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
<i>Se Sì, riportare in dettaglio l'informazione sui contatti sintomatici nell'apposita lista alla fine del documento</i>			
Contatti con animali			
Durante le 3 settimane precedenti l'esordio clinico, il paziente ha avuto contatti con animali domestici o selvatici? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
<i>Se Sì, specificare</i>			
Tipo di animale:	Data del contatto:		
In quale paese:	Tipo di contatto:		
Contatti con animali insoliti o selvatici in Italia? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Morso <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
	Graffio <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
	Manipolazione <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
	Altro, specificare		
Dettagli			
Contatto/Consumo di carne di animali selvatici			
Durante le 3 settimane precedenti l'esordio clinico, il paziente ha avuto contatti / ha consumato carne di animali selvatici? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
<i>Se Sì, specificare</i>			
Tipo di animale:	Data dell'ultimo contatto/consumo:		
La carne era cotta: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
Origine della carne/località di vendita:			
Fornitore (specificare recapiti):			
Contatti sessuali			
Il Paziente ha avuto contatti sessuali nelle 3 settimane precedenti la comparsa dei sintomi? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
<i>Se Sì, specificare</i>			
Con soggetti di sesso: <input type="checkbox"/> Maschile	<input type="checkbox"/> Femminile	<input type="checkbox"/> Entrambi	

Numero di partner	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-5	<input type="checkbox"/> 6-10	<input type="checkbox"/> >10
Manifestazioni e raduni di massa				
Il paziente ha partecipato a manifestazioni e/o raduni di massa nelle 3 settimane precedenti la comparsa dei sintomi?				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<i>Se Sì, specificare</i>				
Nome dell'evento				
Data dell'evento				
Luogo dell'evento				

Tracciamento dei contatti

Da compilarsi a cura del **personale SISP** che effettua l'indagine epidemiologica

Conviventi				
Il paziente coabita con altre persone?				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<i>Se Sì, specificare</i>				
Tipologia di abitazione:				
Numero di conviventi	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-5	<input type="checkbox"/> 6-10	<input type="checkbox"/> >10
Indirizzo:				

Riportare i conviventi nella lista dei contatti stretti in calce al documento

Contatti sessuali				
Ha avuto contatti sessuali successivi alla comparsa dei sintomi?				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<i>Se Sì, specificare</i>				
Con soggetti di sesso:	<input type="checkbox"/> Maschile	<input type="checkbox"/> Femminile	<input type="checkbox"/> Entrambi	
Numero di partner	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-5	<input type="checkbox"/> 6-10	<input type="checkbox"/> >10

Riportare i contatti sessuali nella lista dei contatti stretti in calce al documento

Contatti lavorativi				
Il paziente ha lavorato in concomitanza o successivamente alla comparsa dei sintomi?				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<i>Se Sì, specificare</i>				
Tipologia di lavoro svolto e mansione				
Numero di persone con cui è venuto in contatto	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-5	<input type="checkbox"/> 6-10	<input type="checkbox"/> >10

Riportare i contatti lavorativi classificati come stretti nella apposita lista in calce al documento

Contatti lavorativi				
Il paziente ha avuto contatti con personale sanitario in concomitanza o successivamente alla comparsa dei sintomi?				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Data del contatto:				
<i>Se Sì, specificare</i>				
Tipologia/e di operatore (MMG, Guardia Medica, Medico specialista, operatore del 118, Infermiere, OSS/ASS, ecc.)				
Il paziente è stato sottoposto a procedure diagnostico-terapeutiche in concomitanza o successivamente alla comparsa dei sintomi?				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<i>Se Sì, specificare</i>				
Riferimenti della Struttura				
Data procedura				
Tipo di procedura				

Riportare i contatti sanitari classificati come stretti nella apposita lista in calce al documento

Frequenza di collettività
Il paziente ha frequentato collettività come palestre, associazioni religiose, associazioni socioculturali in concomitanza o successivamente alla comparsa dei sintomi? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<i>Se Sì, specificare</i> Riferimenti della Struttura/e Data di ultima frequenza
Il paziente ha partecipato a manifestazioni e/o raduni di massa in concomitanza o successivamente alla comparsa dei sintomi? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<i>Se Sì, specificare</i> Nome dell'evento Data dell'evento Luogo dell'evento

Riportare i contatti classificati come stressi nella apposita lista in calce al documento

Risultati di laboratorio

Da compilarsi a cura del **personale SISP** che effettua l'indagine epidemiologica, sulla base dei risultati forniti dal Laboratorio di riferimento

Tipo di campione	<input type="checkbox"/> Sangue intero	<input type="checkbox"/> Tampone faringeo	<input type="checkbox"/> Siero	<input type="checkbox"/> Prelievo da lesione
Data del prelievo:				
Esito della PCR:	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Indeterminato	
Data esito:				
IgM	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Indeterminato	Data
IgG	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Indeterminato	Data

Note:

--

Riferimenti

WHO: <https://www.who.int/emergencies/outbreak-toolkit/disease-outbreak-toolboxes/monkeypox-outbreak-toolbox>

CDC: <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/about.html>

PHE: <https://www.gov.uk/guidance/monkeypox#full-publication-update-history>

Irish HPSC: HMI Case Investigation Form V1.0 09/09/2021

ORDINANZA Ministero delle Salute 22 luglio 2022 - Segnalazione dei casi di infezione da virus del vaiolo delle scimmie

