

SCHEDA DI NOTIFICA CASI CONFERMATI O PROBABILI DI INFEZIONE DA MONKEYPOX-VIRUS

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

☐ CONFERMATO ☐ PROBABILE ☐ SOSPETTO Data di segnalazione: _____

Soggetto in sorveglianza per contatto stretto: Sì ☐ No ☐

Operatore sanitario: Sì ☐ No ☐

Dati Anagrafici

Cognome: _____ Nome: _____

Sesso: ☐ M ☐ F Data di nascita: _____ Comune/Nazione di Nascita: _____

Codice Fiscale/Cod. identificativo personale (paz. straniero): _____

Cittadinanza: _____ Telefono: _____

Professione: _____ (se sanitario) Struttura: _____

Comunità frequentata: _____

RESIDENZA

Nazione: _____ Comune: _____ Prov ☐

Indirizzo _____ ASL: _____

Recapito telefonico: _____ Altri Recapiti telefonici: _____

DOMICILIO (se diversa dalla residenza)

Nazione: _____ Comune: _____ Prov ☐

Indirizzo: _____ ASL: _____

Altri Recapiti telefonici: _____ e-mail: _____

Informazioni sullo Stato Vaccinale per Vaiolo

Il paziente è stato vaccinato per vaiolo: Sì ☐ No ☐ Non noto ☐

Il paziente è stato vaccinato per mpox: Sì ☐ No ☐ Non noto ☐

Se Sì, specificare motivo della vaccinazione: Profilassi non correlata al focolaio ☐

Profilassi correlata al focolaio ☐

Post-esposizione correlata al focolaio (PEP) non correlata al focolaio ☐

Anamnesi su precedenti infezioni da Monkeypox-Virus

Il caso ha già avuto precedenti infezioni da Monkeypox virus: Sì ☐ No ☐ Non noto ☐

Se Sì, la precedente infezione era: ☐ Confermata ☐ Probabile ☐ Sospetta

Data esordio sintomi della precedete infezione _____

Data risoluzione sintomi della precedete infezione _____

Informazioni Cliniche del Paziente
Data Inizio Sintomi: _____

Informazioni Cliniche del Paziente

Segni e sintomi rilevanti	✓	Data esordio
Febbre (>38°C)	<input type="checkbox"/>	_____
Esantema (macule, papule, vescicole, pustole, croste) Specificare localizzazione _____	<input type="checkbox"/>	_____
Linfoadenopatia (periauricolare, ascellare, cervicale o inguinale)	<input type="checkbox"/>	_____
Brividi	<input type="checkbox"/>	_____
Enantema	<input type="checkbox"/>	_____
Artralgia/Artrite	<input type="checkbox"/>	_____
Cefalea	<input type="checkbox"/>	_____
Mialgie	<input type="checkbox"/>	_____
Lombalgia/Dorsalgia	<input type="checkbox"/>	_____
Emorragie cutanee/mucose	<input type="checkbox"/>	_____
Astenia	<input type="checkbox"/>	_____
Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/>	_____

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		<input type="checkbox"/>	_____

 In stato di gravidanza? Sì ☐ No ☐ Non noto ☐ se Sì, mese di gestazione: _____

RICOVERO/ISOLAMENTO FIDUCIARIO

Ricovero Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Isolamento fiduciario: Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Data: _____	Data isolamento: _____
Nome Ospedale: _____	Indirizzo: _____
Reparto: _____	Comune: _____ Prov _____

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

Data di raccolta del campione: _____ Tipo di campione: _____

Laboratorio esecuzione del test: _____

Diagnosi di conferma basata su: ☐ test PCR real-time ☐ Sequenziamento ☐ ENTRAMBI

Metodica TEST:	Risultato	Data
<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Indeterminato	_____
<input type="checkbox"/> Sequenziamento <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Clade Ia <input type="checkbox"/> Clade Ib <input type="checkbox"/> Clade II <input type="checkbox"/> Indet. <input type="checkbox"/> NE	_____

Informazioni epidemiologiche

1. Negli ultimi 21 giorni prima dell'insorgenza dei sintomi il caso ha partecipato a raduni collettivi/eventi di massa?

Sì ☐ No ☐ Non noto ☐ Se Sì, specificare la tipologia dell'evento:

luogo _____ data _____

2. Negli ultimi 21 giorni prima dell'insorgenza dei sintomi il caso si è recato fuori Regione o in Paese estero?

Sì ☐ No ☐ Non noto ☐ Se Sì,

dove _____ data di arrivo: _____ data di rientro: _____

dove _____ data di arrivo: _____ data di rientro: _____

dove _____ data di arrivo: _____ data di rientro: _____

data di arrivo in Italia: _____

Informazioni Aggiuntive viaggio

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

☐ Altro, specificare: _____

Informazioni identificative del viaggio (tutte quelle disponibili):

Indicare estremi del viaggio (aereo: numero volo di ritorno in Italia, o compagnia, data, orario ed aeroporto arrivo, posto occupato; nave: compagnia, porto, data e orario partenza, posto occupato; treno: numero, o compagnia, stazione di partenza e arrivo, data e orario, posto occupato; pullman: compagnia, luogo partenza e arrivo, data e orario, posto occupato)

3. Nei 21 giorni precedenti l'esordio dei sintomi il caso ha avuto rapporti sessuali con partner multipli o anonimi?

Sì ☐ No ☐ Non noto ☐

4. Nei 21 giorni precedenti l'esordio dei sintomi il caso è stato a stretto contatto (1) con un caso sospetto o confermato Monkeypox?

Sì ☐ No ☐ Non noto ☐ Se Sì,

dove _____ data di ultimo contatto: _____

5. Nei 21 giorni precedenti l'esordio dei sintomi il caso è stato a stretto contatto con roditori e/o primati?

Sì ☐ No ☐ Non noto ☐ Se Sì, dove _____

data di ultimo contatto: _____

6. il caso fa parte di un cluster? ☐ Sì ☐ No Non noto ☐.

Se Sì specificare nome cluster/focolaio _____

Complicanze

Se presenza complicanze, specificare: _____

Data complicanza: _____

TerapiaTerapia antivirale? ☐ Sì ☐ No Non noto ☐. Se Sì, specificare trattamento _____**Classificazione finale/Esito /Follow-up****Classificazione del caso:**Confermato ☐ Sospetto ☐ Probabile ☐ Diagnosi Esclusa ☐ Perso al follow-up ☐Esito: Guarigione ☐ Data: _____Decesso ☐ Data: _____|→ (allegare certificato decesso ISTAT)**Medico che compila la scheda:**

Nome Ospedale: _____ ASL: _____

Cognome: _____ Nome: _____

Telefono: _____ Email: _____