

SCHEDA DI NOTIFICA CASI DI INFEZIONE DA MONKEYPOX-VIRUS
*La versione compilabile elettronicamente è scaricabile dal sito della Regione Lazio,
dall'indirizzo www.inmi.it/seresmi*

SOSPETTO PROBABILE CONFERMATO 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 |_____| Recapito telefonico: |_____|

Altri Recapiti telefonici: |_____|

DOMICILIO (se diversa dalla residenza)

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

Indirizzo |_____|

Altri Recapiti telefonici: |_____| e-mail: : |_____|

Informazioni sullo Stato Vaccinale per Vaiolo

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

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)	<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)		

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			

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: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Nome Ospedale: <input type="text"/>	Data isolamento: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Reparto: Terapia intensiva/rianimazione (UTI) <input type="checkbox"/>	Indirizzo: <input type="text"/>
Ventilazione meccanica Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Sì → <input type="text"/> <u>Non invasiva</u> <input type="text"/> <u>Intubazione</u>	Comune: <input type="text"/>
ECMO Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Prov <input type="text"/>
DEA/EAS <input type="checkbox"/> Terapia sub intensiva <input type="checkbox"/>	
Malattie Infettive <input type="checkbox"/>	
Altro, specificare <input type="text"/>	

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

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

Dati di Laboratorio

Data di raccolta del campione: |__|_|_|_|

Laboratorio esecuzione del test: |INMI L. SPALLANZANI|

Diagnosi basata su: |__| test PCR real-time |__| Test Sierologico (IgM) |__| ENTRAMBI (PCR + Sierologico)

Metodica TEST:	Risultato	Data
PCR Sierologico Altro	Pos Neg Indeterminato	__ _ _

È stata effettuata genotipizzazione? | Si | | No | | Non noto |

Se sì:

Central African MPXV clade | Si | data: |__|_|_|_| | No | | Non noto |

Western African MPXV clade | Si | data: |__|_|_|_| | No | | Non noto |

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 a rischio? Sì |__| No |__| Non noto |__|

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

Sì |__| No |__| Non noto |__| Se sì,

dove |_____| data di ultimo contatto: |__|_|_|_|

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

Si No Non noto Se sì, dove | _____ |
data di ultimo contatto: |____| |____| |____|

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

Se Sì specificare nome cluster/focolaio | _____ |

Complicanze

Se presenza complicanze, specificare: | _____ |

Data complicanza: |____| |____| |____|

Classificazione finale/Esito /Follow-up

Classificazione del caso:

Confermato 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 | _____ |