

Sezione 3 - ESAMI DI LABORATORIO

effettuati per confermare/escludere la diagnosi

Ricerca degli anticorpi IgM rosolia-specifici Non effettuato

Se effettuato:

Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Metodo	Risultato
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____	lab rif. nazionale <input type="checkbox"/>	ELISA <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>
saliva <input type="checkbox"/>		lab rif. regionale <input type="checkbox"/>	altro <input type="checkbox"/> _____	negativo <input type="checkbox"/>
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		altro <input type="checkbox"/> specificare _____		dubbio <input type="checkbox"/>
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____	lab rif. nazionale <input type="checkbox"/>	ELISA <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>
saliva <input type="checkbox"/>		lab rif. regionale <input type="checkbox"/>	altro <input type="checkbox"/> _____	negativo <input type="checkbox"/>
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		altro <input type="checkbox"/> specificare _____		dubbio <input type="checkbox"/>
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____	lab rif. nazionale <input type="checkbox"/>	ELISA <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>
saliva <input type="checkbox"/>		lab rif. regionale <input type="checkbox"/>	altro <input type="checkbox"/> _____	negativo <input type="checkbox"/>
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		altro <input type="checkbox"/> specificare _____		dubbio <input type="checkbox"/>
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____	lab rif. nazionale <input type="checkbox"/>	ELISA <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>
saliva <input type="checkbox"/>		lab rif. regionale <input type="checkbox"/>	altro <input type="checkbox"/> _____	negativo <input type="checkbox"/>
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		altro <input type="checkbox"/> specificare _____		dubbio <input type="checkbox"/>

Ricerca anticorpi IgG rosolia-specifici

Non effettuato

Se effettuato:

Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Metodo e valori di riferimento	Risultato
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
		altro <input type="checkbox"/> specificare _____		
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
		altro <input type="checkbox"/> specificare _____		
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
		altro <input type="checkbox"/> specificare _____		
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
		altro <input type="checkbox"/> specificare _____		

Aumento titolo IgG di almeno 4 volte in 2 campioni analizzati nella stessa seduta analitica Si No Non effettuato

Test avidità IgG specifiche

Non effettuato

Se effettuato:

Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Risultato
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	_____ % alta <input type="checkbox"/> bassa <input type="checkbox"/> dubbio <input type="checkbox"/>
saliva <input type="checkbox"/>		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		altro <input type="checkbox"/> specificare _____	

ImmunoBlotting

Non effettuato

Se effettuato:

Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Risultato
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	anti-E1 positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>
saliva <input type="checkbox"/>		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	anti-E2 positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		altro <input type="checkbox"/> specificare _____	

Isolamento virale da liquidi biologici

Non effettuato

Se effettuato:

Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Risultato
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____	lab rif. nazionale <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>
saliva <input type="checkbox"/> urine <input type="checkbox"/>		lab rif. regionale <input type="checkbox"/>	
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		altro <input type="checkbox"/> specificare _____	

Identificazione del genoma virale (RT-PCR)

Non effettuato

Se effettuato:

Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Risultato
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____	lab rif. nazionale <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>
saliva <input type="checkbox"/> urine <input type="checkbox"/>		lab rif. regionale <input type="checkbox"/>	
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		altro <input type="checkbox"/> specificare _____	

Genotipizzazione

Si No Ceppo _____

Sezione 4 - ESITO DELLA GRAVIDANZA

Nato vivo

Nato morto

Interruzione volontaria (Settimane età gestazionale) |__| |__|

Aborto spontaneo (Settimane età gestazionale) |__| |__|

Sezione 5 - CLASSIFICAZIONE DEL CASO

CLASSIFICAZIONE INIZIALE (QUESTA SEZIONE VA COMPILATA DAL SANITARIO CHE NOTIFICA IL CASO)

Possibile Probabile Confermato

CLASSIFICAZIONE FINALE (QUESTA SEZIONE E' RISERVATA AL MINISTERO DELLA SALUTE/ISS)

Possibile Probabile Confermato No rosolia Non classificabile

Importato Collegato a un caso importato Non importato, non collegato a un caso importato

Data di classificazione finale ____/____/____ (gg/mm/aaaa)

Note: _____

data di notifica ____ / ____ / ____ (gg/mm/aa) Sanitario che ha compilato la notifica _____
(timbro e firma)

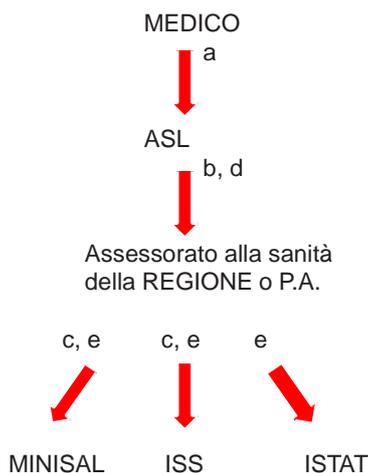
recapito _____ telefono _____ fax _____ e-mail _____

NOTE PER LA NOTIFICA

La scheda di notifica va compilata per qualsiasi donna gravida con rosolia possibile, probabile o confermata sulla base di segni/sintomi, di esami di laboratorio o di un collegamento epidemiologico.

Il flusso di notifica è il seguente: Medico segnalatore → ASL → Regione/PP.AA. → Ministero Salute/ ISS - ISTAT

Notifica dei casi di rosolia, sindrome/infezione da rosolia congenita o di infezione da rosolia in gravidanza



a = segnalazione (entro 2 giorni)

b = scheda di notifica

c = schede di notifica (cadenza mensile)

d = riepilogo mensile per ASL

e = riepiloghi mensili regionali per ASL, provincia, età e sesso

Contatti:

Per gli aspetti di laboratorio: rosolia.mipi@iss.it

Per gli aspetti epidemiologici: cneps.pnemorc@iss.it