

## Allegato 1

## SCHEDA DI SEGNALAZIONE

SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INVASIVE DA MENINGOCOCCO,  
PNEUMOCOCCO, EMOFILO e DELLE MENINGITI BATTERICHE

Questa scheda va utilizzata per segnalare al Servizio di Igiene pubblica di competenza (entro 12 ore dalla diagnosi) i casi di malattie batteriche invasive causate da *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e di meningite batterica da altro agente.

L'invio di questo modello non esonera dall'obbligo di segnalazione mediante il modello 15 del sistema di notifiche delle malattie infettive attualmente in vigore in Italia (il decreto 15/12/1990 prevede in classe II la segnalazione delle meningiti da *N. meningitidis* e in classe V le altre malattie batteriche invasive).

## Dati relativi compilatore

Regione: \_\_\_\_\_

Data compilazione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ospedale: \_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_

Segnalato da: Sig/Dr: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

## Dati del paziente:

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Sesso: ☐ M ☐ F Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Comune di residenza: \_\_\_\_\_

Codice fiscale o STP: \_\_\_\_\_ Nazionalità: \_\_\_\_\_

Data inizio sintomi: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Comune inizio sintomi: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Quadro Clinico: ☐ sepsi ☐ meningite ☐ polmonite batteriemia ☐ cellulite ☐ epiglottite  
(anche più di uno)

☐ peritonite ☐ pericardite ☐ artrite settica/osteomielite ☐ altro \_\_\_\_\_

Ricoverato: ☐ Sì ☐ No se sì Data di Ricovero \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Agente eziologico:

☐ *Neisseria meningitidis* ☐ *Streptococcus pneumoniae* ☐ *Haemophilus influenzae*

## Altro agente eziologico causante meningite batterica:

☐ Micobatterio tubercolare ☐ Streptococco di gruppo B ☐ Listeria

☐ Altro agente batterico (specificare): \_\_\_\_\_

☐ Non identificato (solo meningiti con liquor torbido o purulento)

## Diagnosi di laboratorio

Persona di contatto nel laboratorio di diagnosi: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Ospedale/laboratorio: \_\_\_\_\_

Data prelievo del primo campione risultato positivo : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Diagnosi eseguita (test positivi) su:

| <b><i>Neisseria meningitidis</i></b>                              |                                                                                                                                   |                              |  |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> liquor                                   | <input type="checkbox"/> coltura <input type="checkbox"/> ricerca antigene<br><input type="checkbox"/> esame microscopico diretto | <input type="checkbox"/> PCR |  |
| <input type="checkbox"/> sangue                                   | <input type="checkbox"/> coltura                                                                                                  | <input type="checkbox"/> PCR |  |
| <input type="checkbox"/> liquido pleurico                         | <input type="checkbox"/> coltura                                                                                                  | <input type="checkbox"/> PCR |  |
| <input type="checkbox"/> liquido peritoneale                      | <input type="checkbox"/> coltura                                                                                                  | <input type="checkbox"/> PCR |  |
| <input type="checkbox"/> liquido pericardio                       | <input type="checkbox"/> coltura                                                                                                  | <input type="checkbox"/> PCR |  |
| <input type="checkbox"/> liquido sinoviale                        | <input type="checkbox"/> coltura                                                                                                  | <input type="checkbox"/> PCR |  |
| <input type="checkbox"/> placenta                                 | <input type="checkbox"/> coltura                                                                                                  | <input type="checkbox"/> PCR |  |
| <input type="checkbox"/> petecchie cutanee                        | <input type="checkbox"/> coltura                                                                                                  | <input type="checkbox"/> PCR |  |
| <input type="checkbox"/> materiale autoptico da sito sterile      | <input type="checkbox"/> coltura                                                                                                  | <input type="checkbox"/> PCR |  |
| <b><i>Streptococcus pneumoniae</i></b>                            |                                                                                                                                   |                              |  |
| <input type="checkbox"/> liquor                                   | <input type="checkbox"/> coltura <input type="checkbox"/> ricerca antigene                                                        | <input type="checkbox"/> PCR |  |
| <input type="checkbox"/> sangue                                   | <input type="checkbox"/> coltura                                                                                                  | <input type="checkbox"/> PCR |  |
| <input type="checkbox"/> liquido pleurico                         | <input type="checkbox"/> coltura <input type="checkbox"/> ricerca antigene                                                        | <input type="checkbox"/> PCR |  |
| <input type="checkbox"/> liquido peritoneale                      | <input type="checkbox"/> coltura <input type="checkbox"/> ricerca antigene                                                        | <input type="checkbox"/> PCR |  |
| <input type="checkbox"/> liquido pericardio                       | <input type="checkbox"/> coltura <input type="checkbox"/> ricerca antigene                                                        | <input type="checkbox"/> PCR |  |
| <input type="checkbox"/> liquido sinoviale                        | <input type="checkbox"/> coltura <input type="checkbox"/> ricerca antigene                                                        | <input type="checkbox"/> PCR |  |
| <input type="checkbox"/> placenta                                 | <input type="checkbox"/> coltura <input type="checkbox"/> ricerca antigene                                                        | <input type="checkbox"/> PCR |  |
| <input type="checkbox"/> materiale autoptico da sito sterile      | <input type="checkbox"/> coltura                                                                                                  | <input type="checkbox"/> PCR |  |
| <b><i>Haemophilus influenzae</i></b>                              |                                                                                                                                   |                              |  |
| <input type="checkbox"/> liquor                                   | <input type="checkbox"/> coltura                                                                                                  | <input type="checkbox"/> PCR |  |
| <input type="checkbox"/> sangue                                   | <input type="checkbox"/> coltura                                                                                                  | <input type="checkbox"/> PCR |  |
| <input type="checkbox"/> liquido pleurico                         | <input type="checkbox"/> coltura                                                                                                  | <input type="checkbox"/> PCR |  |
| <input type="checkbox"/> liquido peritoneale                      | <input type="checkbox"/> coltura                                                                                                  | <input type="checkbox"/> PCR |  |
| <input type="checkbox"/> liquido pericardio                       | <input type="checkbox"/> coltura                                                                                                  | <input type="checkbox"/> PCR |  |
| <input type="checkbox"/> liquido sinoviale                        | <input type="checkbox"/> coltura                                                                                                  | <input type="checkbox"/> PCR |  |
| <input type="checkbox"/> placenta                                 | <input type="checkbox"/> coltura                                                                                                  | <input type="checkbox"/> PCR |  |
| <input type="checkbox"/> materiale autoptico da sito sterile      | <input type="checkbox"/> coltura                                                                                                  | <input type="checkbox"/> PCR |  |
| <b><i>Qualunque altro agente causante meningite batterica</i></b> |                                                                                                                                   |                              |  |
| <input type="checkbox"/> liquor                                   | <input type="checkbox"/> coltura <input type="checkbox"/> ricerca antigene                                                        | <input type="checkbox"/> PCR |  |

Note: la voce PCR include anche altre metodiche molecolari disponibili commercialmente

E' stata eseguita la tipizzazione? (solo se malattia invasiva da *N. meningitidis*, *S. pneumoniae*, *H. influenzae* )

☐ SI ☐ NO se SI siero gruppo/sierotipo \_\_\_\_\_

In quale laboratorio è stata effettuata?

☐ Laboratorio Riferimento regionale

☐ Altro, specificare ( \_\_\_\_\_ )

## Esito conosciuto della malattia dalla data di segnalazione:

|                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ultimo aggiornamento: <input type="checkbox"/> al momento della segnalazione <input type="checkbox"/> a 14 gg <input type="checkbox"/> 1 mese <input type="checkbox"/> a 6 mesi |
| <input type="checkbox"/> guarito <input type="checkbox"/> deceduto <input type="checkbox"/> ancora in trattamento                                                               |

Sequela dalla data di segnalazione (solo se mal. invasiva da *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, *H. influenzae*):

|                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ultimo aggiornamento: <input type="checkbox"/> al momento della segnalazione <input type="checkbox"/> a 14 gg <input type="checkbox"/> 1 mese <input type="checkbox"/> a 6 mesi |
| <input type="checkbox"/> Perdita anche parziale dell'udito                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Perdita anche parziale della vista                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Danni neurologici compresi quelli motori                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> Amputazioni                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Necrosi e cicatrici a livello cutaneo                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Altro, specificare ( _____ )                                                                                                                           |

Contatti e focolaio epidemico (solo se malattia batterica invasiva da *N. meningitidis* o *H. influenzae*):

|                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi, il paziente:                                                                                                              |
| è stato a contatto con un altro caso della stessa malattia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (confermato) <input type="checkbox"/> Sì (sospetto)  |
| Probabile contagio fuori dall'area di domicilio abituale?                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì Se, sì, dove: _____                                                                                              |
| Il caso fa parte di un focolaio epidemico conosciuto?                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì Se, sì, quale _____                                                                                              |
| Comunità frequentate:                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Nido <input type="checkbox"/> Scuola materna <input type="checkbox"/> Scuola <input type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/> Caserma |
| <input type="checkbox"/> Altra comunità _____                                                                                                                            |

**Stato vaccinale** (solo se malattia invasiva da *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, *H. influenzae*)

Vaccinato per l'agente in causa? ☐ No ☐ Sì regolarmente o parzialmente ☐ Informazione non disponibile

Se "Sì regolarmente o parzialmente", compilare la tabella seguente solo per la vaccinazione contro l'agente responsabile del caso.

| N. della dose | Data somministrazione | Nome commerciale |  |
|---------------|-----------------------|------------------|--|
|               |                       |                  |  |
|               |                       |                  |  |
|               |                       |                  |  |
|               |                       |                  |  |
|               |                       |                  |  |
|               |                       |                  |  |
|               |                       |                  |  |
|               |                       |                  |  |
|               |                       |                  |  |

Note relative alla vaccinazione:

---



---

Vaccinato regolarmente si intende un individuo che ha effettuato il ciclo completo di vaccinazione e i relativi richiami (se necessari) e che si ritiene quindi potenzialmente protetto. L'informazione deve essere controllata sull'anagrafe vaccinale o equivalente. In caso di dubbio inserire nelle note.

**Fattori predisponenti malattie batteriche invasive:**

- |                                                            |                                                             |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asplenia anatomica/funzionale     | <input type="checkbox"/> Diabete mellito                    |
| <input type="checkbox"/> Immunodeficienza congenita        | <input type="checkbox"/> Epatopatia                         |
| <input type="checkbox"/> Leucemie/linfomi                  | <input type="checkbox"/> Cardiopatie                        |
| <input type="checkbox"/> Altre neoplasie                   | <input type="checkbox"/> Asma/enfisema                      |
| <input type="checkbox"/> Terapie immuno-soppressive        | <input type="checkbox"/> Tossicodipendenza e.v.             |
| <input type="checkbox"/> Trapianto d'organo o di midollo   | <input type="checkbox"/> Alcolismo                          |
| <input type="checkbox"/> Impianto cocleare                 | <input type="checkbox"/> Tabagismo                          |
| <input type="checkbox"/> Fistole liquorali                 | <input type="checkbox"/> Deficit fattori del complemento    |
| <input type="checkbox"/> Immunodeficienza acquisita        | <input type="checkbox"/> Emoglobinopatie                    |
| <input type="checkbox"/> Insuffici. renale cronica/Dialisi | <input type="checkbox"/> Altre malattie polmonari. Croniche |
| <input type="checkbox"/> Altra Condizione ( _____ )        |                                                             |