

Caso di.....

Scheda di sorveglianza delle sindromi neurologiche di sospetta origine infettiva

SEZIONE C – DATI EPIDEMIOLOGICI

(A cura dei medici del SISP della ASL di competenza e di tutte le altre ASL coinvolte)

Cognome.....Nome.....

Sesso ☐ M ☐ F Data di nascita (gg/mm/aaaa)

Codice fiscale / STP / ENI

Professione

Comunità frequentata/...../.....
tipo nome indirizzo

Permanenza all'estero o in Italia in zone diverse dal domicilio nei 30 gg precedenti l'inizio dei sintomi:

1. / /
Stato estero/Comune data inizio data fine
2. / /
3. / /

Partecipazione a eventi di massa ☐ Sì, spec..... ☐ NoContatto con animali nei 60 gg precedenti l'inizio dei sintomi ☐ Sì, spec..... ☐ NoPuntura da insetto/zecca nei 60 gg precedenti l'inizio dei sintomi ☐ Sì, spec..... ☐ NoMorso di animale nei 60 gg precedenti l'inizio dei sintomi ☐ Sì, spec..... ☐ NoEsposizione professionale o ricreativa (e.g. bagni in acque potenzialmente contaminate)
☐ Sì, spec. ☐ NoContatto con caso confermato di infezione ☐ Sì, spec..... ☐ No

Nome e Cognome del contatto.....

Comunità in cui è avvenuto il contatto.....

Comune/Paese in cui è avvenuto il contatto.....

Il caso fa parte di un focolaio, anche sospetto?¹ ☐ Sì, spec..... ☐ No

Solo per i patogeni a trasmissione alimentare:

Consumo di alimenti a rischio ☐ Sì, spec..... ☐ No

Medico compilatore.....Telefono.....

Data compilazione (gg/mm/aaaa)

SEZIONE G – CLASSIFICAZIONE FINALE DI CASO

(A cura dei medici del SISP della ASL di competenza)

Caso di.....

A. ☐ Possibile ☐ Probabile ☐ Confermato ☐ Non CasoB. ☐ Importato ☐ Autoctono

Medico compilatore.....Telefono.....

Data compilazione (gg/mm/aaaa)

NOTE¹ Indicare sì anche in caso di sospetto (e.g. contatti con analoga sintomatologia)

Scheda di sorveglianza delle sindromi neurologiche di sospetta origine infettiva

SEZIONE D - DATI CLINICI ED ESAMI

(A cura del medico responsabile del reparto di ricovero)

Cognome.....Nome.....

Sesso ☐ M ☐ F

Data di nascita (gg/mm/aaaa)

Codice fiscale / STP / ENI

1. DATI CLINICI

Ricovero:

1. / / /

2. / / /

3. / / /

Ospedale

Reparto

Dal

Al

Segni e sintomi

- ☐ Febbre ☐ Cefalea ☐ Vomito ☐ Diarrea
☐ Artralgie/Mialgie ☐ Rash ☐ Fotofobia ☐ Irritabilità
☐ Allucinazioni/Delirio ☐ Convulsioni ☐ Stato confusionale/Agitazione psicomotoria
☐ Sopore/Letargia ☐ Coma ☐ Rigor nuchalis
☐ Altri segni meningei, specificare
☐ Paresi/paralisi, specificare.....
☐ Altri segni neurologici focali, specificare.....
☐ Altro, specificare.....

Il caso era vaccinato per l'agente in causa?¹ ☐ Sì ☐ No ☐ Non noto

Se sì, n. dosi:

Data ultima dose (gg/mm/aaaa)

2. ESAMI DI LABORATORIO

Esame del Liquor Data (gg/mm/aaaa)

Chimico fisico	Aspetto: ☐ Limpido ☐ Torbido ☐ Ematico ☐ Opalescente Leucociti/mm ³ (Neutrofili Linfociti%) Proteine: mg/dL Glucosio: mg/dL
Batterio scopico	☐ Positivo, spec. ☐ Negativo ☐ NE
Colturale	Aerobi ☐ Positivo, spec. ☐ Negativo ☐ NE Anaerobi ☐ Positivo, spec. ☐ Negativo ☐ NE Miceti ☐ Positivo, spec. ☐ Negativo ☐ NE
Molecolare	Multiplex ☐ Positivo, spec. ☐ Negativo ☐ Dubbio PCR ☐ Positivo, spec. ☐ Negativo ☐ Dubbio PCR ☐ Positivo, spec. ☐ Negativo ☐ Dubbio PCR ☐ Positivo, spec. ☐ Negativo ☐ Dubbio

¹ Indicare sì anche per eventuali trattamenti di chemioprolissi effettuati (e.g immunoglobuline)

4. TERAPIA ANTINFETTIVA¹ (antibatterici, antivirali, antimicotici)

	Nome farmaco	gg
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Il paziente ha ricevuto steroidi nel corso del trattamento anti-meningite? ☐ Sì ☐ No

SEZIONE E – ESITO

(A cura del medico responsabile del reparto di ricovero)

Data dimissione (gg/mm/aaaa)

Condizioni cliniche al momento della dimissione

☐ Guarigione senza reliquati

☐ Quadro clinico in miglioramento con persistenza di: (specificare una tra le seguenti opzioni)

☐ Ipoacusia/Sordità

☐ Disartria

☐ Epilessia

☐ Atassia/disturbi della deambulazione

☐ Ritenzione urinaria/fecale

☐ Paralisi/paresi, specificare.....

☐ Altro, specificare.....

☐ Decesso

Follow-up

☐ Non eseguito ☐ Eseguito, in data (gg/mm/aaaa)

Se follow-up eseguito
specificare esito

☐ Guarigione

☐ Reliquati, specificare.....

☐ Decesso, data (gg/mm/aaaa)

Medico compilatore.....Telefono.....

Data compilazione (gg/mm/aaaa)

SEZIONE H – PARTECIPAZIONE A FILM-E

(A cura del medico responsabile del reparto di ricovero)

Il paziente ha firmato il consenso informato per la partecipazione allo studio:

☐ Sì, in data ☐ No, specificare la motivazione.....

Medico compilatore.....Telefono.....

Data compilazione (gg/mm/aaaa)

NOTE

.....
.....
.....
.....

¹ Indicare anche le terapie antibiotiche iniziate presso il PS/DEA e poi sospese all'arrivo in reparto.