

**SCHEDA DI NOTIFICA CASI CONFERMATI O PROBABILI DI INFEZIONE DA SARS-CoV-2**

*La versione compilabile elettronicamente è scaricabile dal sito della Regione Lazio,*

*dall'indirizzo <http://www.inmi.it/bedmanager> o [www.inmi.it/seresmi](http://www.inmi.it/seresmi)*

*Copia della scheda dovrà essere inviata alla ASL di competenza*

CONFERMATO     PROBABILE     POSSIBILE    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: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_

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

Non Noto     Senza fissa dimora

Cittadinanza: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_ (se sanitario) Azienda/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: \_\_\_\_\_

**Informazioni sullo Stato Vaccinale COVID-19**

Il paziente è stato vaccinato per SARS-CoV-2:    Sì     No     Non noto

se Sì, Nome commerciale del vaccino: \_\_\_\_\_ Paese della vaccinazione: \_\_\_\_\_

se Sì, Dose 1:     Data della vaccinazione: \_\_\_\_\_

se Sì, Dose 2:     Data della vaccinazione: \_\_\_\_\_

**Informazioni Cliniche del Paziente**
**Data Inizio Sintomi:** \_\_\_\_\_

 In stato di gravidanza? Sì  No  Non noto  se Sì, mese di gestazione: \_\_\_\_\_

 Motivo di effettuazione del tampone: Screening  Contact tracing  Presenza con sintomi 
**RICOVERO/ISOLAMENTO FIDUCIARIO**

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

**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	specificare _____			

**Dati di Laboratorio**
**Laboratorio esecuzione del test:** \_\_\_\_\_

**Diagnosi basata su:** SOLO test Molecolare  SOLO test Antigenico  ENTRAMBI (Molecolare + Antigenico su TNF positivi) 

Metodica TEST:	Risultato	Data
<input type="checkbox"/> PCR TNF <input type="checkbox"/> Antigenico TNF <input type="checkbox"/> PCR saliva <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Indeterminato	_____
<input type="checkbox"/> PCR TNF <input type="checkbox"/> Antigenico TNF <input type="checkbox"/> PCR saliva <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Indeterminato	_____
<input type="checkbox"/> PCR TNF <input type="checkbox"/> Antigenico TNF <input type="checkbox"/> PCR saliva <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Indeterminato	_____

**È stata effettuata genotipizzazione?** Sì  No  Non noto  Se Sì, specificare data: \_\_\_\_\_

<b>Sanger gene S:</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/> se Sì, specificare variante	<b>NGS:</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/> se Sì, specificare variante
<input type="checkbox"/> Alpha - B.1.1.7 <input type="checkbox"/> Beta - B.1.351 <input type="checkbox"/> Gamma - P.1	<input type="checkbox"/> Alpha - B.1.1.7 <input type="checkbox"/> Beta - B.1.351 <input type="checkbox"/> Gamma - P.1
<input type="checkbox"/> Delta - B.1.617 <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Delta - B.1.617 <input type="checkbox"/> Altro _____

**Si tratta di reinfezione (1)?** Sì  No  Non noto  **Se Sì, specificare:**  Prima  Seconda  Altro \_\_\_\_\_

**Il caso è già stato dichiarato guarito a seguito di precedente episodio COVID-19?** Sì  No  Non noto 

 Se Sì: **Data ultimo tampone positivo:** \_\_\_\_\_

**Data ultimo tampone negativo:** \_\_\_\_\_

**Informazioni epidemiologiche**

**1. Negli ultimi 14 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi o, se asintomatico, dell'esecuzione del test 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)

**2. Nei 14 giorni precedenti l'esordio dei sintomi o, se asintomatico, l'esecuzione del test il caso è stato a stretto contatto con un caso confermato COVID-19?**

Sì  No  Non noto  Se Sì,

dove \_\_\_\_\_ data di ultimo contatto: \_\_\_\_\_

**Tipo di esposizione:** **Nosocomiale:** Sì  No ; Se Sì specificare la struttura \_\_\_\_\_

**In comunità:** Sì  No ; Se Sì specificare la comunità \_\_\_\_\_

se disponibile indicare specifiche del contatto: **Cognome:** \_\_\_\_\_ **Nome:** \_\_\_\_\_

**Il caso è stato in contatto con un caso confermato/sospetto di variante COVID-19?**

Sì  No ; Se Sì specificare la variante \_\_\_\_\_

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

Se Sì specificare nome cluster/focolaio \_\_\_\_\_

**Complicanze**

Se presenza complicanze, specificare: \_\_\_\_\_

**Data complicanza:** \_\_\_\_\_ **Eseguita radiografia:** Sì  No  Non noto

**Diagnosi/Stato clinico/Esito /Follow-up**

**Data diagnosi del laboratorio:** \_\_\_\_\_

**Stato clinico** <sup>(2)</sup>: Asintomatico  Paucisintomatico  Lieve   
Severo  Critico

**Esito:** Guarigione <sup>(2)</sup>  Data: \_\_\_\_\_

Guarito clinicamente  Data (se ricoverato, data dimissione): \_\_\_\_\_

Decesso <sup>(3)</sup>  Data: \_\_\_\_\_ → (allegare certificato decesso ISTAT)

Decesso non attribuibile a COVID-19 <sup>(3)</sup>  Data: \_\_\_\_\_ → (allegare certificato decesso ISTAT)

**Medico che compila la scheda:**

Nome Ospedale | \_\_\_\_\_ | ASL | \_\_\_\_\_ |

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

Telefono: | \_\_\_\_\_ | Email | \_\_\_\_\_ |

**Definizioni**

**(1) Reinfezione:** persona che a seguito di prima infezione da SARS-CoV-2 documentata da test molecolare/antigenico positivo, presenta una seconda infezione documentata da test molecolare/antigenico positivo a **distanza di almeno 90 giorni dalla prima diagnosi**,

OPPURE

- persona che a seguito di prima infezione da SARS-CoV-2 documentata da test molecolare positivo, presenta una seconda infezione con test molecolare positivo **entro i 90 giorni dalla prima diagnosi purché con ceppo virale di SARS-CoV-2 diverso** dal precedente, documentato da **genotipizzazione**.

[Circolare ministeriale 0037911-20/08/2021-DGPRES-MDS-P]

**(2) STATO CLINICO**
**Asintomatico**

Persona con assenza di segni o sintomi apparenti di malattia

**Paucisintomatico**

Persona con sintomi lievi e generali (ad es. malessere, febbre, stanchezza, ecc.)

**Lieve**

manifestazioni cliniche a carico delle vie respiratorie/altri organi o apparati che non necessiterebbe normalmente di ricovero

**Severo**

 manifestazioni cliniche a carico delle vie respiratorie/altri organi o apparati che necessitano di **ricovero (non in terapia intensiva)**
**Critico**

 manifestazioni cliniche a carico delle vie respiratorie/altri organi o apparati che necessitano di ricovero in **terapia intensiva**
**Paziente clinicamente guarito**

Si definisce clinicamente guarito da Covid-19 un paziente che, dopo aver presentato manifestazioni cliniche (febbre, rinite, tosse, mal di gola, eventualmente dispnea e, nei casi più gravi, polmonite con insufficienza respiratoria) associate all'infezione virologicamente documentata da SARS-CoV-2, diventa asintomatico per risoluzione della sintomatologia clinica presentata. Il soggetto clinicamente guarito può risultare ancora positivo al test per la ricerca di SARS-CoV-2.

**Paziente guarito**

	ASINTOMATICI	SINTOMATICI**	POSITIVI A LUNGO TERMINE
Casi COVID-19 confermati da variante VOC non beta (sospetta/confermata o per cui non è disponibile il sequenziamento)	10 giorni di isolamento + Test molecolare o antigenico* NEGATIVO	10 giorni di isolamento di cui almeno ultimi 3 giorni asintomatici + Test molecolare o antigenico* NEGATIVO	Al termine dei 21 giorni, di cui almeno ultimi 7 giorni senza sintomi
Casi COVID-19 con VOC beta (sospetta/confermata)	10 giorni di isolamento + Test <b>molecolare</b> NEGATIVO	10 giorni di isolamento di cui almeno ultimi 3 giorni asintomatici + Test <b>molecolare</b> NEGATIVO	Test <b>molecolare NEGATIVO</b>

\*al fine di stabilire il termine dell'isolamento di un caso confermato COVID-19, in caso di mancata pronta disponibilità di test molecolari o in condizioni d'urgenza determinate dalla necessità di prendere decisioni di sanità pubblica in tempi rapidi, si può ricorrere a test antigenici, quali i test antigenici non rapidi (di laboratorio), i test antigenici rapidi con lettura in fluorescenza e quelli basati su microfluidica con lettura in fluorescenza, che rispondano alle caratteristiche di sensibilità e specificità minime sopra indicate (sensibilità  $\geq 80\%$  e specificità  $\geq 97\%$ , con un requisito di sensibilità più stringente ( $\geq 90\%$ ) in contesti a bassa incidenza).

\*\* in caso di ricovero, dimissione e tampone negativo; o se positivo, data della dimissione ad almeno 21 giorni dalla prima positività senza sintomi da almeno 7 giorni

**(3) DECESSO:** Per la definizione di decesso COVID-19 si rimanda al rapporto ISS COVID-19 n. 49/2020 "COVID-19: rapporto ad interim su definizione, certificazione e classificazione delle cause di morte"