

SCHEDA DI NOTIFICA DI CASO DI INFEZIONE DA VIRUS DELLA ROSOLIA IN GRAVIDANZA

(riservato al Ministero della Salute) Codice identificativo _____

Primo invio Aggiornamento

Regione _____ |_____|_____|_____|_____| Provincia _____ |_____|_____|_____|_____|

Comune _____ |_____|_____|_____|_____| ASL _____ |_____|_____|_____|_____|

Sezione 1 - INFORMAZIONI ANAGRAFICHE DELLA PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____

CF |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

codice SSN|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Luogo di nascita _____ data di nascita ____|____|____|____|____|____| (gg/mm/aaaa)

Domicilio abituale

Via/piazza e numero civico _____ Comune _____ Provincia _____ ASL _____ |_____|_____|_____|_____|

Residenza

Via/piazza e numero civico _____ Comune _____ Provincia _____ ASL _____ |_____|_____|_____|_____|

Cittadinanza Italiana Altra (specificare) _____ Se altra, anno arrivo in Italia ____|____|____|____|

Occupazione al momento del concepimento operatore sanitario personale scolastico

Sezione 2 - INFORMAZIONI OSTETRICHE E CLINICHE

Barrare la/le voce/i che interessano (S=Si, N=No, NN=NON NOTO)

Rubeotest eseguito prima della gravidanza Si No NN Se SI, anno esecuzione ____|____|____|

Risultato: Immune
Suscettibile
Non Noto

Rubeotest eseguito durante questa gravidanza Si No Data primo rubeotest ____|____|____|____|____|____|

(gg/mm/aa)

Risultato: Immune
Suscettibile
Non Noto

Numero precedenti gravidanze *|_____|_____| numero parti* |_____|_____| numero nati viventi |_____|_____|

(esclusa la presente gravidanza)

| | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--|
| | S | N | NN | |
| Precedente vaccinazione contro la rosolia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | se SI, data vaccinazione <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (gg/mm/aa) |
| Verificato da certificato vaccinale | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | |
| Data ultima mestruazione (DUM) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <i>NN</i> <input type="checkbox"/> |
| gg/mm/aa | | | | |
| Durante questa gravidanza ha usufruito di assistenza pre-natale? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | |
| Se SI, data prima visita | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | (gg/mm/aa) | | | |
| Durante questa gravidanza ha avuto una malattia simile a rosolia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Se SI, data di comparsa sintomi | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | (gg/mm/aa) |
| Caratteristiche cliniche della malattia: | | | | |
| | S | N | NN | data di comparsa |
| esantema maculopapulare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (gg/mm/aa) |
| febbre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| adenopatia cervicale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| adenopatia sub occipitale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| adenopatia retro auricolare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| artralgia/artrite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| altro, specificare _____ | | | | |
| | S | N | NN | |
| C'è stato contatto con un caso di rosolia/esantema maculopapulare? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Se SI, il caso è stato confermato in laboratorio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Data in cui è avvenuta l'esposizione | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | (gg/mm/aa) o settimana età gestazionale _____ |
| Dove? Italia | <input type="checkbox"/> spec regione _____ | | | |
| Estero | <input type="checkbox"/> spec Nazione _____ | | | |
| Se l'origine del contagio non è nota, ha viaggiato all'estero durante il presunto periodo d'incubazione della malattia? | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | | |
| Se SI, specificare Nazione _____ | | | | |

Sezione 3– ESAMI DI LABORATORIO effettuati per confermare/escludere la diagnosi

IgM

| Tipo di campione | Data prelievo | Laboratorio | Risultato |
|---|----------------|---|---|
| Siero <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> | ____ ____ ____ | lab riferimento regionale <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> nome _____ | positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> dubbio <input type="checkbox"/> |
| Siero <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> | ____ ____ ____ | lab riferimento regionale <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> nome _____ | positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> dubbio <input type="checkbox"/> |
| Siero <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> | ____ ____ ____ | lab riferimento regionale <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> nome _____ | positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> dubbio <input type="checkbox"/> |
| Siero <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> | ____ ____ ____ | lab riferimento regionale <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> nome _____ | positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> dubbio <input type="checkbox"/> |

IgG

| Tipo di campione | Data prelievo | Laboratorio | Risultato | Valori di riferimento del metodo |
|---|----------------|---|-----------|----------------------------------|
| Siero <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> | ____ ____ ____ | lab riferimento regionale <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> nome _____ | _____ | _____ |
| Siero <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> | ____ ____ ____ | lab riferimento regionale <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> nome _____ | _____ | _____ |
| Siero <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> | ____ ____ ____ | lab riferimento regionale <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> nome _____ | _____ | _____ |

Test avidità IgG specifiche

| Data | Laboratorio | Esito |
|----------------|--|---|
| ____ ____ ____ | lab riferimento regionale <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> | ____ ____ % Alta <input type="checkbox"/> Bassa <input type="checkbox"/> |

Identificazione acido nucleico del virus della rosolia (RT-PCR)

| Tipo di campione | Data | Laboratorio | Esito |
|---|----------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> siero | ____ ____ ____ | lab riferimento regionale <input type="checkbox"/> | positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> urine | | altro <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> tampone faringeo | | | |
| <input type="checkbox"/> altro | | | |
| <input type="checkbox"/> siero | ____ ____ ____ | lab riferimento regionale <input type="checkbox"/> | positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> urine | | altro <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> tampone faringeo | | | |
| <input type="checkbox"/> altro | | | |

Isolamento virale

| Tipo di campione | Data | Laboratorio | Esito |
|---|----------|--|---|
| <input type="checkbox"/> siero | __ __ __ | lab riferimento regionale <input type="checkbox"/> | positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> urine | | altro <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> tampone faringeo | | | |
| <input type="checkbox"/> altro | / | | |

Sezione 4- ESITO DELLA GRAVIDANZA

Nato vivo Nato morto Interruzione volontaria (Età Gestazionale: ___sett) Aborto spontaneo (Età Gestazionale: ___sett)

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)

Possibile Probabile Confermato No rosolia Non classificabile
Data di classificazione finale __|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (gg/mm/aaaa)

data di notifica __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
(gg/mm/aaaa)

Sanitario che ha compilato la notifica
(timbro e firma)

recapito _____ telefono _____ telefax _____ e-mail _____

ISTRUZIONI E NOTE PER LA COMPILAZIONE

La scheda di notifica va compilata per tutti i casi sospetti di infezione da virus della rosolia in gravidanza, inclusi quelli in cui solo la presenza di IgM positive è alla base del sospetto diagnostico

Il flusso di notifica, riportato in dettaglio nell'allegato 1, è il seguente:

Medico segnalatore → ASL → Regione/PP.AA. → Ministero Salute /ISS - ISTAT)

DEFINIZIONI DI CASO DI ROSOLIA ¹

Criteri clinici

- Qualsiasi persona che presenti una manifestazione improvvisa di esantema maculopapulare generalizzato

E

- almeno una delle seguenti cinque manifestazioni:

- adenopatia cervicale,
- adenopatia suboccipitale,
- adenopatia retroauricolare,
- artralgia,
- artrite.

Criteri di laboratorio

— Criteri di laboratorio per la conferma del caso

Almeno uno dei seguenti tre criteri:

- isolamento del virus della rosolia a partire da un campione clinico,
 - identificazione dell'acido nucleico del virus della rosolia in un campione clinico,
 - risposta anticorpale specifica al virus della rosolia (IgG) nel siero o nella saliva.
- Criteri di laboratorio per un caso probabile
- risposta anticorpale specifica al virus della rosolia IgM .

- I risultati di laboratorio vanno interpretati in funzione della presenza o meno di vaccinazione.

- Quando si sospetta la rosolia in gravidanza, occorre un'ulteriore conferma dei risultati positivi delle IgM della rosolia (ad esempio un test di avidità delle IgG specifiche della rosolia da cui risulti una bassa avidità). In alcune situazioni, come i focolai confermati di rosolia, l'identificazione di IgM del virus della rosolia può essere considerata una conferma, tranne in caso di gravidanza.

Criteri epidemiologici

- Correlazione epidemiologica mediante trasmissione interumana.

Classificazione dei casi

Caso possibile

- Qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici.

Caso probabile

- Qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici e almeno uno dei seguenti due criteri:

- una correlazione epidemiologica,
- i criteri di laboratorio per un caso probabile.

Caso confermato

- Qualsiasi persona che soddisfi i criteri di laboratorio per la conferma del caso e che non sia stata vaccinata di recente.
- In caso di vaccinazione recente, qualsiasi persona in cui venga individuato il ceppo selvaggio del virus della rosolia.

1) Decisione della Commissione Europea del 28 aprile 2008 che emenda la decisione 2002/253/EC sulle definizioni di caso ai fini della dichiarazione delle malattie trasmissibili alla rete di sorveglianza comunitaria istituita ai sensi della decisione n. 2119/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio