

REGIONE VENETO
SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE BATTERICHE INVASIVE
(v. 30/05/2016)

Il **medico segnalatore** deve segnalare entro 12 ore dalla diagnosi tramite la presente scheda tutti i casi di malattie batteriche invasive: meningiti, sepsi, polmoniti batteriemiche ed altri quadri clinici con isolamento di *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, e *H. influenzae* e sepsi e meningiti da altri batteri isolati da siti normalmente sterili al **Servizio di Igiene e Sanità Pubblica** di competenza. Il SISP provvederà all'inserimento dei dati nella piattaforma online di notifica delle malattie infettive, SIMIWEB, completando anche la sezione MIB.

Il campione biologico, accompagnato dalla scheda di segnalazione, va inviato al **Laboratorio di Microbiologia** dell'Azienda ULSS/ospedaliera per la diagnosi; il laboratorio successivamente trasmetterà la segnalazione al **Coordinamento Epidemiologico Regionale meningiti batteriche** – Università di Padova (Fax 049 8275411 – email: centro.mib@unipd.it).

ULSS: _____ **Data di compilazione:** ____/____/____
Ospedale: _____ **Reparto:** _____
Medico segnalatore Nome _____ **Cognome:** _____
Tel: _____ / _____ E-mail: _____ @ _____

Dati del paziente:

Nome: _____ **Cognome:** _____ **Data di nascita** ____/____/____
Sesso: M F **Codice Fiscale o STP** _____
Comune di residenza: _____ **Provincia** _____ **Nazionalità** _____

Dati clinici e anamnestici:

Ricoverato SI NO **Data ricovero:** ____/____/____ **Data primi sintomi:** ____/____/____

Motivo ricovero: _____

Al momento della segnalazione il paziente è: guarito deceduto ancora in trattamento

Esito conosciuto della malattia a 14 giorni: guarito deceduto ancora in trattamento

Quadro clinico

<input type="checkbox"/> Sepsis	<input type="checkbox"/> Meningite	<input type="checkbox"/> Polmonite batteriemiche	<input type="checkbox"/> Cellulite	<input type="checkbox"/> Epiglottite
<input type="checkbox"/> Peritonite	<input type="checkbox"/> Pericardite	<input type="checkbox"/> Artrite settica/Osteomielite	<input type="checkbox"/> Altro _____	

Sequela a 30 gg (solo se malattia invasiva da *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, *H. influenzae*)

<input type="checkbox"/> Perdita anche parziale dell'udito	<input type="checkbox"/> Amputazioni
<input type="checkbox"/> Perdita anche parziale della vista	<input type="checkbox"/> Necrosi e cicatrici a livello cutaneo
<input type="checkbox"/> Danni neurologici compresi quelli motori	<input type="checkbox"/> Altro, specificare (_____)

Fattori predisponenti la malattia batterica invasiva:

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

Contatti e focolaio epidemico (da compilare 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? No Si (confermato) Si (sospetto)
- probabile contagio fuori dall'area di domicilio abituale? No Si Se, sì, dove: _____
- il caso fa parte di un focolaio epidemico conosciuto? No Si Se, sì, quale: _____

Comunità frequentate:

Nido Scuola materna Scuola Ospedale Caserma Altra comunità _____

Stato vaccinale: Vaccinato per l'agente in causa SI regolarmente o parzialmente NO Non noto

N. Dosi vaccino _____ **Data somministrazioni** _____

Nome commerciale vaccino _____ **Note relative alla vaccinazione** _____

Diagnosi di laboratorio:

Ospedale/Laboratorio di Microbiologia _____

Persona di contatto nel laboratorio: Nome: _____ Cognome: _____

Tel: _____ / _____ E-mail: _____ @ _____

Data prelievo del primo campione risultato positivo : ____/____/____

Diagnosi eseguita (test positivi) su:

<i>Neisseria meningitidis</i>				
liquor	coltura	ricerca antigene	PCR	esame microscopico diretto
sangue	coltura		PCR	
liquido pleurico	coltura		PCR	
liquido peritoneale	coltura		PCR	
liquido pericardio	coltura		PCR	
liquido sinoviale	coltura		PCR	
placenta	coltura		PCR	
petecchie cutanee	coltura		PCR	
materiale autoptico da sito sterile	coltura		PCR	
<i>Streptococcus pneumoniae</i>				
liquor	coltura	ricerca antigene	PCR	
sangue	coltura		PCR	
liquido pleurico	coltura	ricerca antigene	PCR	
liquido peritoneale	coltura	ricerca antigene	PCR	
liquido pericardio	coltura	ricerca antigene	PCR	
liquido sinoviale	coltura	ricerca antigene	PCR	
placenta	coltura	ricerca antigene	PCR	
materiale autoptico da sito sterile	coltura		PCR	
<i>Haemophilus influenzae</i>				
liquor	coltura		PCR	
sangue	coltura		PCR	
liquido pleurico	coltura		PCR	
liquido peritoneale	coltura		PCR	
liquido pericardio	coltura		PCR	
liquido sinoviale	coltura		PCR	
placenta	coltura		PCR	
materiale autoptico da sito sterile	coltura		PCR	
Qualunque altro agente causante sepsi e/o meningite batterica				
<i>M. tuberculosis</i> <i>Streptococcus gr. B (agalactiae)</i> <i>Listeria</i> spp. Altro, specificare _____				
Non identificato (solo meningiti con liquor torbido o purulento)				
liquor	coltura	ricerca antigene	PCR	
sangue	coltura		PCR	

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

SI NO Se SI indicare sierotipo/sierogruppo _____

In quale laboratorio è stata effettuata?

Laboratorio Riferimento regionale Altro (specificare) _____

Antibiogramma:

Penicillina			MIC
S	I	R	

Ciprofloxacina			MIC
S	I	R	

Clindamicina			MIC
S	I	R	

Eritromicina			MIC
S	I	R	