

## SCHEDA DI NOTIFICA CASI CONFERMATI O PROBABILI DI INFEZIONE DA MONKEYPOX-VIRUS

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     SOSPETTO    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: \_\_\_\_\_

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

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

Professione: \_\_\_\_\_ (se sanitario) 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: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### Informazioni sullo Stato Vaccinale per Vaiolo

Il paziente è stato vaccinato per vaiolo:    Sì     No     Non noto

Il paziente è stato vaccinato per mpxv:    Sì     No     Non noto

Se Sì, specificare motivo della vaccinazione:

Profilassi non correlata al focolaio   

Profilassi correlata al focolaio   

Post-esposizione correlata al focolaio (PEP) non correlata al focolaio

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

**Informazioni Cliniche del Paziente**

Segni e sintomi rilevanti	✓	Data esordio
Febbre (>38°C)	<input type="checkbox"/>	_____
Esantema (macule, papule, vescicole, pustole, croste) Specificare localizzazione _____	<input type="checkbox"/>	_____
Linfoadenopatia (periauricolare, ascellare, cervicale o inguinale)	<input type="checkbox"/>	_____
Brividi	<input type="checkbox"/>	_____
Enantema	<input type="checkbox"/>	_____
Artralgia/Artrite	<input type="checkbox"/>	_____
Cefalea	<input type="checkbox"/>	_____
Mialgie	<input type="checkbox"/>	_____
Lombalgia/Dorsalgia	<input type="checkbox"/>	_____
Emorragie cutanee/mucose	<input type="checkbox"/>	_____
Astenia	<input type="checkbox"/>	_____
Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/>	_____

Altri Sintomi/segni/affezioni a carico di	Specificare	✓	Data esordio
Sistema Nervoso Centrale		<input type="checkbox"/>	_____
Sistema Nervoso Periferico		<input type="checkbox"/>	_____
Vie respiratorie superiori		<input type="checkbox"/>	_____
Vie respiratorie inferiori		<input type="checkbox"/>	_____
Apparato cardiovascolare		<input type="checkbox"/>	_____
Apparato digerente		<input type="checkbox"/>	_____
Apparato uro-genitale		<input type="checkbox"/>	_____
Apparato urinario		<input type="checkbox"/>	_____
Apparato muscolo-scheletrico		<input type="checkbox"/>	_____
Cute (lesioni cutanee)		<input type="checkbox"/>	_____
Altro		<input type="checkbox"/>	_____

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

**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>Data isolamento:</b> _____
<b>Nome Ospedale:</b> _____	<b>Indirizzo:</b> _____
<b>Reparto:</b> _____	<b>Comune:</b> _____ <b>Prov</b> _____

**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	_____			

**Dati di Laboratorio**

Data di raccolta del campione: \_\_\_\_\_ Tipo di campione: \_\_\_\_\_

Laboratorio esecuzione del test: \_\_\_\_\_

 Diagnosi di conferma basata su:  test PCR real-time  Sequenziamento  ENTRAMBI

Metodica TEST:	Risultato	Data
<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Indeterminato	_____
<input type="checkbox"/> Sequenziamento <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Clade Ia <input type="checkbox"/> Clade Ib <input type="checkbox"/> Clade II <input type="checkbox"/> Indet. <input type="checkbox"/> NE	_____

**Informazioni epidemiologiche**
**1. Negli ultimi 21 giorni prima dell'insorgenza dei sintomi il caso ha partecipato a raduni collettivi/eventi di massa?**

 Sì  No  Non noto  Se Sì, specificare la tipologia dell'evento:

 \_\_\_\_\_  
 luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

**2. Negli ultimi 21 giorni prima dell'insorgenza dei sintomi 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)

**3. Nei 21 giorni precedenti l'esordio dei sintomi il caso ha avuto rapporti sessuali con partner multipli o anonimi?**

 Sì  No  Non noto 
**4. Nei 21 giorni precedenti l'esordio dei sintomi il caso è stato a stretto contatto (1) con un caso sospetto o confermato Monkeypox?**

 Sì  No  Non noto  Se Sì,

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

**5. Nei 21 giorni precedenti l'esordio dei sintomi il caso è stato a stretto contatto con roditori e/o primati?**

 Sì  No  Non noto  Se Sì, dove \_\_\_\_\_

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

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

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

**Complicanze**

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

Data complicanza: \_\_\_\_\_

**Terapia**Terapia antivirale?  Sì  No Non noto . Se Sì, specificare trattamento \_\_\_\_\_**Classificazione finale/Esito /Follow-up****Classificazione del caso:**Confermato  Sospetto  Probabile  Diagnosi Esclusa  Perso al follow-up Esito: Guarigione  Data: \_\_\_\_\_Decesso  Data: \_\_\_\_\_|→ (allegare certificato decesso ISTAT)**Medico che compila la scheda:**

Nome Ospedale: \_\_\_\_\_ ASL: \_\_\_\_\_

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

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