

SCHEDA DI NOTIFICA CASI DI INFEZIONE DA MONKEYPOX-VIRUS

☐ SOSPETTO ☐ PROBABILE ☐ CONFERMATO Data di segnalazione:

Medico che compila la scheda:

Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana – ASL Toscana Nord Ovest

Cognome: Nome:

Telefono: Email

Unità Operativa

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 Recapito telefonico:

Altri Recapiti telefonici:

DOMICILIO (se diversa dalla residenza)

Nazione: Comune: Prov

Indirizzo

Altri Recapiti telefonici: e-mail:

Informazioni sullo Stato Vaccinale per Vaiolo

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

Cognome: _____ Nome: _____

Informazioni Cliniche del Paziente

Data Inizio Sintomi: _____

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

Altri Sintomi/segni/affezioni a carico di	Specificare	✓	Data esordio
Sistema Nervoso Centrale		☐	
Sistema Nervoso Periferico		☐	
Vie respiratorie superiori		☐	
Vie respiratorie inferiori		☐	
Apparato cardiovascolare		☐	
Apparato digerente		☐	
Apparato uro-genitale		☐	
Apparato urinario		☐	
Apparato muscolo-scheletrico		☐	
Cute (lesioni cutanee)		☐	
Altro			

In stato di gravidanza? Sì ☐ No ☐ Non noto ☐ se Sì, mese di gestazione: _____

Presenza di patologie croniche: Sì ☐ No ☐ Non noto ☐ se sì quali?

Tumore	☐ Sì	☐ No	☐ Non noto		Malattie renali	☐ Sì	☐ No	☐ Non noto
Diabete	☐ Sì	☐ No	☐ Non noto		Malattie metaboliche	☐ Sì	☐ No	☐ Non noto
Malattie cardiovascolari	☐ Sì	☐ No	☐ Non noto		Obesità BMI tra 30 e 40	☐ Sì	☐ No	☐ Non noto
Deficit immunitari	☐ Sì	☐ No	☐ Non noto		Obesità BMI > 40	☐ Sì	☐ No	☐ Non noto
Malattie respiratorie	☐ Sì	☐ No	☐ Non noto					
Altro, specificare	☐ Sì	☐ No	☐ Non noto					

Complicanze

Se presenza complicanze, specificare: _____

Data complicanza: _____

Cognome: _____ Nome: _____

RICOVERO/ISOLAMENTO FIDUCIARIO

Ricovero Sì ☐ No ☐ Data

Isolamento fiduciario: Sì ☐ No ☐

Reparto: _____

Terapia intensiva/rianimazione (UTI) ☐ Ventilazione meccanica ☐ ECMO ☐

DEA/EAS ☐ Malattie Infettive ☐ Altro, specificare

Data isolamento:

Indirizzo:

Comune:

Prov

Dati di Laboratorio

Data di raccolta del campione: Laboratorio esecuzione del test: _____

Diagnosi basata su: ☐ test PCR real-time ☐ Test Sierologico (IgM) ☐ ENTRAMBI (PCR + Sierologico)

Metodica TEST:	Risultato	Data
☐ PCR ☐ Sierologico ☐ Altro	☐ Pos ☐ Neg ☐ Indeterminato	

È stata effettuata genotipizzazione? ☐ Sì ☐ No ☐ Non noto Se

sì:

Central African MPXV clade ☐ Sì ☐ data: ☐ No ☐ ☐ Non noto

Western African MPXV clade ☐ Sì ☐ data: ☐ No ☐ ☐ Non noto

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):

3. Nei 21 giorni precedenti l'esordio dei sintomi il caso ha avuto rapporti sessuali a rischio? Sì ☐ No ☐

4. Nei 21 giorni precedenti l'esordio dei sintomi il caso è stato a stretto contatto (1) con un caso possibile o confermato Monkeypox?

Sì ☐ No ☐ 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 ☐ Se sì, dove data di ultimo contatto: