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 I | No | | Non noto| Se sì:

Central African MPXV clade | Sì I data: |____|____|_____| | No | | Non noto|

Western African MPXV clade | Sì I 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? Si |__| 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?

Si |__| 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?**

Si |__| No |__| Se sì, dove |_____| data di ultimo contatto: |____|____|_____|