

Ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche sociali
 Direzione Generale della Prevenzione - Ufficio V Malattie Infettive

Scheda per la raccolta di informazioni su casi di nuova influenza da virus A/H1N1

Cognome e nome:		sexo (M/F):
Data inizio sintomi	gg/mm/aa	
Eta' (mesi/anni)	(mesi per bambini <1 anno), anni	
Contatti con casi di Influenza	SI/NO/NON NOTO	
Paese/i in cui si sono verificati i contatti	specificare:	
Situazione in cui si è verificato il contatto	1. Abitazione 2. Struttura sanitaria 3. Viaggio 4. Non noto	
nel caso di viaggi, fornire dettagli del volo e area di provenienza	Compagnia/n. volo Paese provenienza	
Tipo di contatto	1. Essersi preso cura 2. Avere coabitato 3. Avere avuto contatto diretto con secrezioni respiratorie 4. Non noto	
Caso attualmente ricoverato in Ospedale	SI/NO/NON NOTO	
se ricoverato in Ospedale, specificare data ricovero, Ospedale, Reparto, n. tel e fax		
Febbre al momento del ricovero	SI/NO/NON NOTO	(Se Si: riportare temperatura)
Ricoverato in isolamento	SI/NO/NON NOTO	
Ventilazione assistita	SI/NO/NON NOTO	
Radiografia torace	1. Reperti di polmonite 2. Negativa per polmonite 3. Non eseguita	
Campioni clinici prelevati per indagini di laboratorio	1. Tamponi nasali e nasofaringei 2. Sangue per emocultura e sierologia, 3. Urine 4. Sputo/escreato 5. Lavaggio broncoalveolare	
Fornire indirizzo, n. tel e fax del laboratorio		
Diagnosi di Laboratorio	1. RT-PCR specifica per nuovo virus A/H1N1 2. Sieroconversione o aumento del titolo anticorpale specifico >= 4 volte 3. isolamento del virus in coltura	Conferma da Laboratorio di riferimento
Esito del caso	1. Dimesso 2. Trasferito 3. Deceduto 4. Perso al Follow up	se trasferito specificare presso quale Ospedale
Classificazione del caso alla presentazione	sospetto/probabile	
Classificazione finale	confermato/escluso	

inviare a: alert@regione.emilia-romagna.it

* La scheda va inviata immediatamente (entro le 12 ore)