



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 - Nota Circolare del 20/5/ 2009 n. 23277

(da inviare, immediatamente, entro le 12 ore)

**Regione:** \_\_\_\_\_ **Provincia:** \_\_\_\_\_

**Cognome:** \_\_\_\_\_ **Nome:** \_\_\_\_\_ **Sesso (M/F):** \_\_\_\_\_

**Data Nascita:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Data Inizio Sintomi:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Data Prima Visita:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Medico Segnalatore e Suo Recapito:** \_\_\_\_\_

**Contatti con casi di influenza:** Sì  (specificare Paese/i \_\_\_\_\_) / No  / Non noto

**Situazione in cui si è verificato il contatto:** Abitazione  / Struttura sanitaria  / Viaggio  /

Collettività  (specificare tipo \_\_\_\_\_) / Non noto

**Se viaggio, indicare paese/i provenienza e volo/coincidenze:** \_\_\_\_\_

**Sintomi all'inizio della malattia:**

Febbre >= 38° <input type="checkbox"/>	Starnuti <input type="checkbox"/>	Congiuntivite <input type="checkbox"/>	Mal di testa <input type="checkbox"/>
Mal di gola <input type="checkbox"/>	Tosse secca <input type="checkbox"/>	Diarrea <input type="checkbox"/>	Astenia <input type="checkbox"/>
Raffreddore <input type="checkbox"/>	Tosse produttiva (con catarro) <input type="checkbox"/>	Nausea <input type="checkbox"/>	Dolori muscolari <input type="checkbox"/>
Rinorrea <input type="checkbox"/>	Difficoltà respiratoria <input type="checkbox"/>	Vomito <input type="checkbox"/>	Dolori articolari <input type="checkbox"/>

Altro (specificare.....)

**Gestione Paziente; accettazione con percorso dedicato:** Sì  / No

**Ricovero:**

Sì  **data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Ospedale, Reparto, tel.:** \_\_\_\_\_ No

**Isolamento:** Sì  / No

**Campioni Clinici Prelevati per indagini di laboratorio:**

Tamponi nasali e nasofaringei  / Sangue per emocoltura e sierologia  / Sputo-escreato   
Lavaggio broncoalveolare

**Indirizzo, Telefono e fax Laboratorio:** \_\_\_\_\_

**Diagnosi Laboratorio:**

RT-PCR  (pos  neg ) sieroconversione/aumento titolo anticorpale >= 4 volte   
Isolamento virus in coltura

**Profilassi con Antivirali:** Oseltamivir  Zanamivir  Altro  No  Non noto

**Trattamento con Antivirali:** Oseltamivir  Zanamivir  **Data Inizio:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ No

**Complicanze:** Nessuna  / Polmonite  / Encefalite  / Otite  / Altro  / Non noto

**Vaccino antinfluenzale stagione 2008-2009:** Sì  / No

**Esito del Caso:** Dimesso  / Isolamento domiciliare  / Trasferito  /

Deceduto  (data Decesso \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

**Classificazione alla presentazione:** Sospetto  / Probabile

**Classificazione Finale:** Confermato  / Escluso