

## SCHEDA DI NOTIFICA CASI CONFERMATI O PROBABILI DI INFEZIONE DA SARS-CoV-2

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      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: \_\_\_\_\_ Prov

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

Codice Fiscale/Cod. identificativo personale (paz. straniero): \_\_\_\_\_  
 Non Noto       Senza fissa dimora

Stato civile: \_\_\_\_\_ Titolo di studio: \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_

### RESIDENZA

Nazione: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_ Prov

Indirizzo \_\_\_\_\_ Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

Altri Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

### DOMICILIO (se diversa dalla residenza)

Nazione: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_ Prov

Indirizzo \_\_\_\_\_

### SE RESIDENTE/DOMICILIATO IN UN PAESE DIVERSO DALL'ITALIA:

Data partenza dal proprio paese: \_\_\_\_\_      Data ingresso in Italia: \_\_\_\_\_

Ha visitato altri paesi nel periodo di incubazione?    Sì     No

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

### Informazioni sullo Stato Vaccinale

Il paziente è stato vaccinato per influenza nella corrente stagione:    Sì     No     Non noto

se Sì, Nome commerciale del vaccino: \_\_\_\_\_      Data della vaccinazione: \_\_\_\_\_

**Informazioni Cliniche del Paziente**

Segni e sintomi rilevanti	✓	Data esordio		✓	Data esordio
Artralgia/Artrite	<input type="checkbox"/>	_____	Ipertransaminasemia	<input type="checkbox"/>	_____
Astenia	<input type="checkbox"/>	_____	Linfoadenopatia/linfadenite	<input type="checkbox"/>	_____
Cefalea	<input type="checkbox"/>	_____	Mialgia	<input type="checkbox"/>	_____
Congiuntivite	<input type="checkbox"/>	_____	Nausea	<input type="checkbox"/>	_____
Diarrea	<input type="checkbox"/>	_____	Paralisi Flaccida Acuta	<input type="checkbox"/>	_____
Dispnea	<input type="checkbox"/>	_____	Polmonite	<input type="checkbox"/>	_____
Dolori Addominali	<input type="checkbox"/>	_____	Rigor Nuclalis	<input type="checkbox"/>	_____
Emorragie cutanee/mucose	<input type="checkbox"/>	_____	Sepsi/shock settico	<input type="checkbox"/>	_____
Esantema/Rash Cutaneo	<input type="checkbox"/>	_____	Sindrome di tipo influenzale	<input type="checkbox"/>	_____
Faringite/faringodinia	<input type="checkbox"/>	_____	Tosse	<input type="checkbox"/>	_____
Febbre	<input type="checkbox"/>	_____	Vomito	<input type="checkbox"/>	_____
Ittero	<input type="checkbox"/>	_____			
Altro, specificare		_____			_____

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 specificare		<input type="checkbox"/>	_____

**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>Nome Ospedale:</b>  _____	<b>Data isolamento:</b>  _____
<b>Reparto:</b> Terapia intensiva/rianimazione (UTI) <input type="checkbox"/>	<b>Indirizzo:</b>  _____
Ventilazione meccanica    Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Sì →     Non invasiva      Intubazione	<b>Comune:</b>  _____
ECMO                            Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<b>Prov</b>  _____
DEA/EAS <input type="checkbox"/>	Terapia sub intensiva <input type="checkbox"/>
Cardiochirurgia <input type="checkbox"/>	Malattie Infettive <input type="checkbox"/>
Altro, specificare <input type="checkbox"/>  _____	

**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				

**Dati di Laboratorio**

Nome del laboratorio che ha eseguito il test: \_\_\_\_\_

 Invio campione al Laboratorio Regionale      Sì       No       Data invio: \_\_\_\_\_

 Invio campione al Laboratorio Nazionale      Sì       No       Data invio: \_\_\_\_\_

**SARS-CoV-2:**

Tipologia campione:	Metodica: _____	Metodica: _____	Data
_____	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso	_____
_____	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso	_____
_____	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso	_____

**Informazioni epidemiologiche**

 Negli ultimi 14 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso si è recato in un Paese estero o comune Italiano dove siano stati confermati casi di polmonite da SARS-CoV-2?      Sì       No       Non noto       Se sì,

dove \_\_\_\_\_ data di arrivo : \_\_\_\_\_ | data di partenza : \_\_\_\_\_

dove \_\_\_\_\_ data di arrivo : \_\_\_\_\_ | data di partenza : \_\_\_\_\_

dove \_\_\_\_\_ data di arrivo : \_\_\_\_\_ | data di partenza : \_\_\_\_\_

data di arrivo in Italia: \_\_\_\_\_

**Informazioni Aggiuntive viaggio**

 Mezzo di trasporto:     Aereo       Nave/traghetto       Treno       Automobile       Pullman

 Altro, specificare: \_\_\_\_\_

 Disponibilità informazioni identificative del viaggio:      Sì       No 

Indicare volo di ritorno in Italia (o compagnia aerea e itinerario se disponibili) e aeroporto arrivo

 Negli ultimi 14 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso è stato a contatto con una persona affetta da polmonite da SARS-CoV-2?      Sì       No       Non noto       Se Sì,

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

**Tipo di esposizione:**    **Nosocomiale:**    Sì     No     Se Sì, specificare la struttura \_\_\_\_\_

**In comunità:**    Sì     No     Se Sì, specificare la comunità \_\_\_\_\_

 se disponibile indicare specifiche del contatto: **Cognome:** \_\_\_\_\_ | **Nome:** \_\_\_\_\_

**Complicanze**

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

 Data complicanza: \_\_\_\_\_      Eseguita radiografia:      Sì       No       Non noto 

Polmonite	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto	Polmonite virale primaria	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto
				Polmonite batterica secondaria	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto
				Polmonite mista	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto

 Grave insufficienza respiratoria acuta (SARI):     Sì     No     Non noto

 Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS):     Sì     No     Non noto

 Altro, specificare     Sì     No     Non noto    \_\_\_\_\_

**Diagnosi Esito e Follow-up**

Data diagnosi del laboratorio: \_\_\_\_\_

Esito: Guarigione  Data: \_\_\_\_\_ (Indicare la data del secondo test negativo)Guarito clinicamente  Data dimissione (se ospedalizzato): \_\_\_\_\_Decesso  Data: \_\_\_\_\_ → (allegare certificato decesso ISTAT)**Medico che compila la scheda:**

Nome Ospedale | \_\_\_\_\_ | ASL | \_\_\_\_\_ |

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

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

**Definizioni****Paziente clinicamente guarito**

Si definisce clinicamente guarito da Covid-19 un paziente che, dopo aver presentato manifestazioni cliniche (febbre, rinite, tosse, mal di gola, eventualmente dispnea e, nei casi più gravi, polmonite con insufficienza respiratoria) associate all'infezione virologicamente documentata da SARS-CoV-2, diventa asintomatico per risoluzione della sintomatologia clinica presentata. Il soggetto clinicamente guarito può risultare ancora positivo al test per la ricerca di SARS-CoV-2.

**Paziente guarito**

Il paziente guarito è colui il quale risolve i sintomi dell'infezione da Covid-19 e che risulta negativo in due test consecutivi, effettuati a distanza di 24 ore uno dall'altro, per la ricerca di SARS-CoV-2

**Definizione di caso di SARI: un paziente ospedalizzato di qualsiasi età anni con:**

- almeno un segno o sintomo respiratorio (tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie) presenti al momento del ricovero o nelle 48 ore successive all'ammissione in ospedale e
- almeno un segno o sintomo sistemico (febbre o febbre, cefalea, mialgia, malessere generalizzato) o deterioramento delle condizioni generali (astenia, perdita di peso, anoressia o confusione e vertigini).

La data di inizio sintomi (o l'aggravamento delle condizioni di base, se croniche) non deve superare i 7 giorni precedenti l'ammissione in ospedale.

**Definizione di ARDS: paziente ospedalizzato di qualsiasi età anni con:**

sindrome infiammatoria polmonare, caratterizzata da lesioni alveolari diffuse ed aumento della permeabilità dei capillari polmonari, con incremento dell'acqua polmonare extracapillare, definito come edema polmonare non cardiaco, che richieda un ricovero ospedaliero in UTI e/o il ricorso alla terapia in ECMO in cui sia stata confermata, attraverso specifici test di laboratorio, la presenza di un tipo/sottotipo di virus influenzale.

Clinicamente l'ARDS è caratterizzata da una dispnea grave, tachipnea e cianosi, nonostante la somministrazione di ossigeno, riduzione della "compliance" polmonare ed infiltrati polmonari bilaterali diffusi a tutti i segmenti. Secondo l'American European Consensus Conference la diagnosi di ARDS può essere posta qualora siano presenti i seguenti criteri:

- insorgenza acuta della malattia;
- indice di ossigenazione PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> inferiore a 200 mmHg, indipendentemente dal valore PEEP (Positive End Expiratory Pressure);
- infiltrati bilaterali alla radiografia toracica in proiezione antero-posteriore;
- pressione di chiusura dei capillari polmonari (PCWP) inferiore a 18 mmHg, escludendo un'origine cardiaca dell'edema polmonare.