**REGIONE SICILIANA**

**Scheda per l’indagine epidemiologica dei casi umani di Vaiolo delle scimmie**

CASO

|  |  |
| --- | --- |
| Sospetto [ ] Probabile [ ] | Confermato [ ] |

**Anagrafica del paziente**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Cognome: | Nome: |
| Codice fiscale: | Data di nascita: |
| Sesso | Età in anni |
| Cittadinanza | Stato di Residenza |
| Tel.: | E-mail: |
| Etnia: |  |
| E’ operatore Sanitario? Si [ ] No [ ] Non noto [ ] | Professione: |
| Località di residenza nelle ultime 3 settimane: |  |
| Recapiti del Medico curante: |  |

**Condizioni cliniche preesistenti**

|  |  |
| --- | --- |
| HIV+: [ ] Sì [ ] No | Gravidanza: [ ] Sì [ ] No |
| Il paziente è stato sottoposto a trasfusioni nelle 3 settimane precedenti l’esordio dei sintomi? [ ] Sì [ ] No | |
| Altre condizioni di immunocompromissione: [ ] Sì [ ] No Se Sì, specificare: | |
| Malattie cutanee concomitati: [ ] Sì [ ] No Se Sì, specificare: | |
| Malattie a trasmissione sessuale concomitati: [ ] Sì [ ] No Se Sì, specificare: | |
| E’ affetto da patologie corniche o condizioni predisponenti? Si [ ] No [ ] Non noto [ ]  Se sì, Quali? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| E’ mai stato vaccinato contro il vaiolo oppure contro il vaiolo delle scimmie?  [ ] Si, sono stato vaccinato contro il vaiolo umano  [ ] Si, ho effettuato la profilassi pre-espozione  [ ] Si, ho effettuato la profilassi post-esposizione a causa di contatto a rischio  [ ] No  [ ] Non so | |
| Se è stato vaccinato contro il vaiolo delle scimmie, riportare la data dell’ultima dose [\_\_\_]/[\_\_\_]/[\_\_\_\_\_\_\_]  Vaccinato con una dose [ ]  Vaccinato con due dosi [ ] | |
| Tipo/ Nome del vaccino ricevuto e lotto (se conosciuto) | |

**Andamento clinico, ospedalizzazione, esito**

|  |  |
| --- | --- |
| **Manifestazioni cliniche** | |
| Data insorgenza dei sintomi: | Comune dove si sono manifestati i sintomi: |
| Il paziente ha avuto / ha febbre? [ ] Sì [ ] No  *Se Sì, specificare* la data di insorgenza della febbre:  Data di comparsa del rash (se presente); | |
| Il paziente ha presentato / presenta un'eruzione cutanea/rash? [ ] Sì [ ] No  *Se Sì, specificare*  Data di insorgenza delle lesioni:  Le lesioni cutanee presenti sul corpo sono tutte allo stesso stadio di sviluppo? [ ] Sì [ ] No Le lesioni cutanee sono tutte della stessa dimensione? [ ] Sì [ ] No  Le lesioni cutanee sono profonde? [ ] Sì [ ] No  Sede delle lesioni  Viso: [ ] Sì [ ] No Gambe: [ ] Sì [ ] No Pianta dei piedi: [ ] Sì [ ] No Braccia: [ ] Sì [ ] No Palmi delle mani: [ ] Sì [ ] No Petto: [ ] Sì [ ] No Cavità orale: [ ] Sì [ ] No Addome: [ ] Sì [ ] No Lesioni oculari: [ ] Sì [ ] No Schiena: [ ] Sì [ ] No  Mucose ano-genitali: [ ] Sì [ ] No  Numero approssimativo di lesioni: \_\_\_\_\_\_\_ | |
| Altri sintomi:  Nausea/Vomito: [ ] Sì [ ] No Mal di testa: [ ] Sì [ ] No  Diarrea: [ ] Sì [ ] No Dolore al dorso [ ] Sì [ ] No  Raffreddore: [ ] Sì [ ] No Lesioni pruriginose: [ ] Sì [ ] No Linfoadenopatia inguinale: [ ] Sì [ ] No Mialgia: [ ] Sì [ ] No Linfoadenopatia ascellare: [ ] Sì [ ] No Spossatezza: [ ] Sì [ ] No  Brividi/Sudorazione: [ ] Sì [ ] No Congiuntivite: [ ] Sì [ ] No | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mal di gola alla deglutizione | [ ] Sì [ ] No | |  | |  | | Sensibilità alla luce: | | | | | [ ] Sì [ ] No | |
| Ulcere orali:  Altri sintomi [ ] Sì [ ]No | [ ] Sì [ ] No | |  | |  | | Il paziente è allettato: | | | | | [ ] Sì [ ] No | |
| Se sono presenti altri sintomi, specificare quali: | | | |  | | | | |  |  |  | |  |
| **Ricovero ospedaliero** | | | | | | | | | | | | | |
| Il paziente è stato ricoverato? | | [ ] Sì [ ] No | | | | | | | | | | | |
| Data di ricovero: | | | | | | Data di dimissione | | | | | | | |
| Ospedale: | | | | | | | | Reparto: | | | | | |
| Recapiti del curante: | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Esito** | | | | | | | | | | | | | |
| Il paziente è guarito? | [ ] Sì [ ] No | | Data guarigione: | | | | | | | | | | |
| Il paziente è deceduto? | [ ] Sì [ ] No | | Data decesso: | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **Esposizione ad altri casi (valutare nelle 3 settimane precedenti l’insorgenza dei sintomi)** |
| **Periodo di esposizione di 3 settimane dal** [\_\_\_\_]/[\_\_\_\_\_\_\_ ]/[\_\_\_\_\_\_\_\_ ] **al** [\_\_\_\_]/[\_\_\_\_\_\_\_ ]/[\_\_\_\_\_\_\_\_ ]  Il caso indice ha avuto contatti con persona/e con sintomatologia simile a quella presentata o con persone affette da vaiolo delle scimmie probabile/confermato? Si [ ] No [ ] Non so [ ] |

|  |
| --- |
| **Se Sì, chiedere le informazioni di seguito elencate** |
| Quante volte si è verificata questa esposizione?: 1 volta [ ] Più di una [ ]  In totale quanto è stato il tempo di esposizione  [ ] <5 minuti  [ ] 5<15 minuti  [ ] 15 min<1 ora  [ ] <4 ore  [ ] + 4 ore |
| Data della prima esposizione (gg/mm/aaaa)  (entro le ultime 3 settimane)  Data dell’ultima esposizione (gg/mm/aaaa)  (entro le ultime 3 settimane)  **Dove si sono verificate le esposizioni:**  [ ] Abitazione privata  [ ] Luogo di lavoro  [ ] Scuola  [ ] Struttura sanitaria (includendo esposizione di laboratorio)  [ ] Discoteca  [ ] Feste private  [ ] Saune  [ ] Bar/ristoranti o piccoli eventi sociali  [ ] Grandi eventi, raduni all’aperto (es concerti, eventi sportivi ecc)  [ ] Eventi sportivi/musicali al chiuso  [ ] Non so  [ ] Altro, specificare |
| **Dettagli sulle sedi dove si è verificata l’esposzione (se possibile denominazione ed indirizzo):**  **Tipo di contatto**  [ ] Contatto stretto (<1 m distanza ma senza contatto fisico)  [ ] Contatto fisico limitato alla cute (no mucoso né sessuale)  [ ] Contatto cute/mucose  [ ] Rapporto sessuale  [ ] Contatto con materiale contaminato (fluidi corporei, oggetti, effetti letterecci, ma non contatto diretto con  persone malate)  [ ] Operatori sanitari  [ ] Sconosciuto  [ ] Altri, specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Durante la possibile esposizione ha utilizzato protezioni personali?**  [ ] Si  [ ] No  [ ] Non ricordo |

**Fattori di rischio**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Viaggi** | | | | | |
| Durante le 3 settimane precedenti l’esordio clinico, il paziente ha effettuato viaggi in Italia e/o [ ] Sì [ ] No all’estero?  *Se Sì, specificare*:  Località: Data di partenza: Data di ritorno: Scopo: [ ] Lavoro [ ] Ludico ricreativo [ ] Altro, specificare  Mezzo di trasporto (riportare riferimenti):  Località Data di partenza: Data di ritorno: Scopo: [ ] Lavoro [ ] Ludico ricreativo [ ] Altro, specificare  Mezzo di trasporto (riportare riferimenti):  Località: Data di partenza: Data di ritorno: Scopo: [ ] Lavoro [ ] Ludico ricreativo [ ] Altro, specificare  Mezzo di trasporto (ripotare riferimenti)  Località: Data di partenza: Data di ritorno: Scopo: [ ] Lavoro [ ] Ludico ricreativo [ ] Altro, specificare  Mezzo di trasporto (riportare riferimenti): | | | | | |
|  | | | | | |
| **Contatti con altri casi sospetti** | | | | | |
| Durante le 3 settimane precedenti l’esordio clinico, il paziente ha avuto contatti con uno o più [ ] Sì [ ] No persone che manifestavano gli stessi sintomi?  *Se Sì, riportare in dettaglio l’informazione sui contatti sintomatici nell’apposita lista alla fine del documento* | | | | | |
|  | | | | | |
| **Contatti con animali** | | | | | |
| Durante le 3 settimane precedenti l’esordio clinico, il paziente ha avuto contatti con animali [ ] Sì [ ] No domestici o selvatici?  *Se Sì, specificare*  Tipo di animale: Data del contatto:  In quale paese: Tipo di contatto: | | | | | |
|  | Contatti con animali insoliti o [ ] Sì [ ] No Morso [ ] Sì [ ] No selvatici in Italia? Graffio [ ] Sì [ ] No Manipolazione [ ] Sì [ ] No  Altro, specificare | | | | |
| Dettagli: | | | | | |
|  | | | | | |
| **Contatto/Consumo di carne di animali selvatici** | | | | | |
| Durante le 3 settimane precedenti l’esordio clinico, il paziente ha avuto contatti / ha consumato carne di animali selvatici? | | | | | [ ] Sì [ ] No |
| *Se Sì, specificare* | |  | | |  |
| Tipo di animale: | | Data dell’ultimo contatto/consumo | | |  |
| La carne era cotta: [ ] Sì [ ] No  Origine della carne/località di v Fornitore (specificare recapiti): | | endita: | | |  |
|  | | | | | |
| **Contatti sessuali** | | | | | |
| Ha avuto contatti sessuali nelle 3 settimane precedenti la comparsa dei sintomi? [ ] Sì [ ] No | | | | | |
| *Se Sì, specificare* | |  |  |  |  |
| Con soggetti di sesso: [ ] | | Maschile | [ ] Femminile | [ ] Entrambi | |
| Numero di partner [ ] 1-2 | | [ ] 3-5 | [ ] 6-10 | [ ] >10 |  |
| Ha avuto rapporti omosessuali? Si [ ] No [ ] Preferisco non rispondere [ ] | | | | | |
| Tipo di partner sessuali  [ ] Partner principale/usuale (es. Coniuge, partner convivente, ecc)  [ ] Conosciuto occasionalmente  [ ] Occasionale anonimo (non disponibili informazioni sul contatto)  [ ] Altro (specificare)  Se il partner sessuale è occasionale o anonimo, come si è verificata la conoscenza?  [ ] Tinder (App)  [ ] Grindr (App)  [ ] Altre app  [ ] Bar/night club/commercial parties  [ ] Luoghi pubblici (dark room, sauna, sex club)  [ ] Festa private  [ ] Altro | | | | | |

|  |
| --- |
| **Altre esposizioni (valutare nelle 3 settimane precedenti l’insorgenza dei sintomi)**  **Possibili contatti con animali**  [ ] Animali domestici con esclusione dei roditori)  [ ] Roditori domestici (criceti, scoiattoli, gerbilli)  [ ] Animali selvatici non roditori (considerando sia esposizione a animali morti che vivi, carne selvatica, ecc)  [ ] Roditori selvatici o urbani (es. scoiattoli, topi)  [ ] Altri, specificare  **Contatto con carne selvatica, indipendentemente dal viaggio**  [ ] Si  [ ] No  [ ] Non so  Se Si, specificare dove:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Esposizione occupazionale in struttura sanitaria (valutare nelle 2 settimane precedenti l’insorgenza dei sintomi)**  **Da riempire se il Caso è Operatore Sanitario** |
| Tipologia di operatore sanitario :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Sede di Lavoro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Quante volte è stato in contatto con il caso di vaiolo delle scimmie?  [ ] 1 volta  [ ] più volte  [ ] non ricordo  [ ] mai |
| **Data/e di contatto con il caso (gg/mm/aaaa)**  [\_\_\_\_]/[\_\_\_\_\_\_\_ ]/[\_\_\_\_\_\_\_\_ ]  [\_\_\_\_]/[\_\_\_\_\_\_\_ ]/[\_\_\_\_\_\_\_\_ ]  [\_\_\_\_]/[\_\_\_\_\_\_\_ ]/[\_\_\_\_\_\_\_\_ ]  [\_\_\_\_]/[\_\_\_\_\_\_\_ ]/[\_\_\_\_\_\_\_\_ ]  [\_\_\_\_]/[\_\_\_\_\_\_\_ ]/[\_\_\_\_\_\_\_\_ ]  **Durante la possibile esposizione indossava DPI?**  [ ] Si  [ ] No  [ ] Non so  Se si, Quale DPI indossava?  [ ] Guanti  [ ] Camici monouso  [ ] Maschera protettiva  [ ] Respirator (N95, FFP2 etc.)  [ ] Maschera con visiera  [ ] Occhiali |

|  |
| --- |
| **Note su tipologie di contatti verificatesi nelle 3 settimane precedenti la comparsa dei sintomi e non dettagliate nei box precedenti:** |

**Risultati di laboratorio**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Identificazione del laboratorio, indicare se si tratti di laboratorio di riferimento nazionale, regionale o altro laboratorio | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  | | |  |  |  |
| Tipo di campione | | [ ] Sangue intero  [ ] Sperma  [ ] Urine  [ ] Altro, specificare | | [ ] Lesioni crostose  [ ] Tampone faringeo | | | |  | [ ] Siero  [ ]Tamponi su lesioni genitali | [ ] Prelievo da lesione  [ ] Mucosa rettale | | |
| Data del prelievo: | | | | | | | | | | | | |
| Esito della PCR: | | [ ] Positivo | | [ ] Negativo | | | | [ ] Indeterminato | | | | |
| Data esito: | | | | | | Reparto: | | | | | | |
| E’ stata effettuala la caratterizzazione genomica ?  [ ] Si  [ ] No  [ ] Dato non disponibile  Se si, Clade: [ ] West African clade [ ] Congo Basin Clade  Sono stati inviati campioni all’ISS? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| IgM | [ ] Positivo | | [ ] Negativo | | [ ] Indeterminato | | | | Data | | | |
| IgG | [ ] Positivo | | [ ] Negativo | | [ ] Indeterminato | | | | Data | | | |

|  |
| --- |
| **Ospedalizzazione (gg/mm/aaaa)** |
| E' ricoverato? [ ] Si, per isolamento [ ] Si, per le condizioni cliniche [ ] No [ ]Dato non disponibile  Se Si  Ricovero presso  Rep**art**o: |
| Motivo del ricovero: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data del ricovero:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data di dimissione :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Se l’esito è il decesso, riportare la data gg/mm/aaaa  Effettuazione esame autoptico SI [ ] NO [ ]  Data esame autoptico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **TERAPIA** |
| **Data inizio terapia**  **Centro Clinico /Struttura sanitaria**  **Paziente già trattato in passato Si [ ]**  No [ ]  **Tipologia trattamento ❑ terapia ❑ chemioprofilassi (farmaci)**  **Data fine**  **Esito**  **Data esito** |

|  |
| --- |
| **Sequele o eventi correlabili**  **Descrizione Patologia *(Indica la particolare patologia riscontrata):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  **Tipo *(Indicare se la patologia si e presentata come sequela o come evento correlabile):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  **Data inizio *(Data di inizio della patologia) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |

|  |
| --- |
| **TRACCIAMENTO CONTATTI**  **Il caso indice ha avuto possibili contatti o ha condiviso la stessa abitazione con una o più persone nel periodo compreso tra *l'insorgenza dei sintomi e la diagnosi?***    Si [ ] No[ ] [ ] Dato non disponibile  Quanti contatti ha avuto tra l'insorgenza dei sintomi e la diagnosi?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Quanti di questi casi sono “non identificati”? :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dove si sono verificati questi contatti?  [ ] Appartamento  [ ] Luogo di lavoro  [ ] scuola (specificare classe/sez.)  [ ] Struttura sanitaria (includendo esposizione in laboratorio)  [ ] Bar  [ ] Ristorante  [ ] Night club  [ ] Festa private  [ ] Evento musicale all'aperto  [ ] Evento musicale al chiuso  [ ] Sauna  [ ] Evento sportivo all'aperto  [ ] Evento sportivo al chiuso  [ ] Dato non disponibile  [ ] Altro, specificare |

**Lista dei contatti sintomatici**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Cognome** | **Codice fiscale** | **Sesso** | **Età** | **Tel.** | **Data ultimo contatto** | **Tipo di contatto** |
|  |  |  | [ ] M  [ ] F |  |  |  | [ ] Diretto  [ ] Indiretto |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Lista dei contatti stretti da porre sotto sorveglianza**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Cognome** | **Codice fiscale** | **Sesso** | **Età** | **Tel.** | **Data ultimo contatto** | **Tipo di contatto** |
|  |  |  | [ ] M  [ ] F |  |  |  | [ ] Diretto  [ ] Indiretto |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |