**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 [ ] NoLe lesioni cutanee sono profonde? [ ] Sì [ ] NoSede delle lesioniViso: [ ] 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 [ ] NoMucose ano-genitali: [ ] Sì [ ] NoNumero approssimativo di lesioni: \_\_\_\_\_\_\_  |
| Altri sintomi:Nausea/Vomito: [ ] Sì [ ] No Mal di testa: [ ] Sì [ ] No Diarrea: [ ] Sì [ ] No Dolore al dorso [ ] Sì [ ] NoRaffreddore: [ ] Sì [ ] No Lesioni pruriginose: [ ] Sì [ ] No Linfoadenopatia inguinale: [ ] Sì [ ] No Mialgia: [ ] Sì [ ] No Linfoadenopatia ascellare: [ ] Sì [ ] No Spossatezza: [ ] Sì [ ] NoBrividi/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, specificareMezzo di trasporto (riportare riferimenti):Località Data di partenza: Data di ritorno: Scopo: [ ] Lavoro [ ] Ludico ricreativo [ ] Altro, specificareMezzo di trasporto (riportare riferimenti):Località: Data di partenza: Data di ritorno: Scopo: [ ] Lavoro [ ] Ludico ricreativo [ ] Altro, specificareMezzo di trasporto (ripotare riferimenti)Località: Data di partenza: Data di ritorno: Scopo: [ ] Lavoro [ ] Ludico ricreativo [ ] Altro, specificareMezzo 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 [ ] NoAltro, 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 [ ] NoOrigine 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 soSe 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 soSe 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 disponibileSe si, Clade: [ ] West African clade [ ] Congo Basin CladeSono 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 SiRicovero 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 disponibileQuanti 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |