



**SCHEDA PER LA NOTIFICA DELLE FORME GRAVI E COMPLICATE  
E DEI DECESSI DA VIRUS RESPIRATORI**

**Stagione 2012 - 2013**

[COMPILARE IN STAMPATELLO IN MODO LEGGIBILE]

**Dettagli di chi compila la scheda**

Data segnalazione: |\_\_|/|\_\_|/|\_\_\_\_|

Regione \_\_\_\_\_

ASL notifica \_\_\_\_\_

Dati compilatore

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

telefono fisso: \_\_\_\_\_

telefono cellulare: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

**Anagrafica paziente**

Iniziale NOME |\_\_| |\_\_| Iniziale COGNOME |\_\_| |\_\_| Sesso |M| |F|

Data di nascita |\_\_|/|\_\_|/|\_\_\_\_| se data nascita non disponibile, specificare età |\_\_| anni compiuti o età |\_\_| mesi

Comune di residenza \_\_\_\_\_

Se femmina <50 aa di età, è in stato di gravidanza? |\_\_| sì |\_\_| no |\_\_| non noto se sì, mese di gestazione |\_\_|

Vaccinato per influenza stagionale 2012-2013 |\_\_| sì |\_\_| no |\_\_| non noto

Vaccinato per influenza stagionale 2011-2012 |\_\_| sì |\_\_| no |\_\_| non noto

**Informazioni cliniche**

Data insorgenza primi sintomi |\_\_|/|\_\_|/|\_\_\_\_|

Ricovero ospedaliero: |\_\_| sì |\_\_| no |\_\_| non noto Se sì, data ricovero |\_\_|/|\_\_|/|\_\_\_\_|

Se sì, nome dell'Ospedale: \_\_\_\_\_

Reparto: terapia intensiva//rianimazione(UTI) |\_\_| Intubato|\_\_| ECMO|\_\_|  
DEA/EAS |\_\_|  
Terapia sub intensiva |\_\_|  
Cardiochirurgia |\_\_|  
Malattie Infettive |\_\_|  
Altro |\_\_| \_\_\_\_\_ (specificare)

Terapia Antivirale (Oseltamivir-Tamiflu/Zanamivir-Relenza): |\_\_| sì |\_\_| no |\_\_| non noto

Se sì, data inizio terapia |\_\_|/|\_\_|/|\_\_\_\_| durata |\_\_| (giorni)

Presenza di patologie croniche?  sì  no  non noto

se sì quali?

Tumore	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Diabete	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Malattie cardiovascolari	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Deficit immunitari	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Malattie respiratorie	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Malattie renali	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Malattie metaboliche	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Obesità BMI tra 30 e 40	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Obesità BMI>40	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
altro	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto

se altro, specificare: \_\_\_\_\_

Data del prelievo per conferma: / /

Confermato per: A(H1N1)v:  sì  no      **A(H7N9):**  sì  no  
A(H1N1):  sì  no      **nuovo Coronavirus:**  sì  no  
A(H3N2):  sì  no  
B:  sì  no

Data di conferma: / /

Invio del campione al Laboratorio del Centro Nazionale Influenza presso ISS:  sì  no

Se presenza complicanze, specificare:

Data complicanza: / /       Eseguita radiografia:  sì  no  non noto

Polmonite:

Polmonite influenzale primaria  sì  no  non noto  
Polmonite batterica secondaria  sì  no  non noto  
Polmonite mista  sì  no  non noto

Grave insufficienza respiratoria acuta (SARI) (vedi definizione allegata)

Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) (vedi definizione allegata)

Altro: \_\_\_\_\_

#### Link epidemiologico

Negli ultimi 15 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso si è recato in un Paese dove siano stati confermati casi di influenza da virus **A/H7N9**?  sì  no  non noto

Se sì, dove \_\_\_\_\_ data del ritorno presso domicilio abituale: / /

Negli ultimi 15 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso si è recato in un Paese dove siano stati confermati casi di influenza da **nuovo coronavirus**?  sì  no  non noto

Se sì, dove \_\_\_\_\_ data del ritorno presso domicilio abituale: / /

#### [se si è recato in più luoghi, specificare]

dove \_\_\_\_\_ data del ritorno presso domicilio abituale: / /

dove \_\_\_\_\_ data del ritorno presso domicilio abituale: / /

Negli ultimi 15 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso è stato a contatto con un caso probabile o confermato di influenza da virus **A/H7N9**?  sì  no  non noto

Se sì, specificare dove: \_\_\_\_\_ data esposizione: / /

Negli ultimi 15 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso è stato a contatto con un caso probabile o confermato di influenza da **nuovo coronavirus**?  sì  no  non noto

Se sì, specificare dove: \_\_\_\_\_ data esposizione: / /

[se esposto a caso probabile o confermato specificare in più luoghi, specificare]

dove \_\_\_\_\_ data esposizione: |\_\_|/|\_\_|/|\_\_\_\_|

dove \_\_\_\_\_ data esposizione: |\_\_|/|\_\_|/|\_\_\_\_|

#### Follow-up

Esito: Guarigione: |\_\_| Data: |\_\_|/|\_\_|/|\_\_\_\_|

Decesso: |\_\_| Data: |\_\_|/|\_\_|/|\_\_\_\_|

Se decesso, certificato di morte: sì |\_\_| no |\_\_|

Se sì, specificare:

- causa iniziale: \_\_\_\_\_
- causa intermedia: \_\_\_\_\_
- causa terminale: \_\_\_\_\_
- altri stati morbosi rilevanti che hanno contribuito al decesso: \_\_\_\_\_

**Definizione di SARI:** tutti i casi di sindrome simil-influenzale (vedi Protocollo operativo INFLUNET [www.iss.it/iflu](http://www.iss.it/iflu)) e difficoltà respiratoria che richiedono un ricovero ospedaliero in UTI.

**Definizione di ARDS:** 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. 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.