

**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**

<b>Cognome e nome:</b>		<b>sexo (M/F):</b>
<b>Data inizio sintomi</b>	gg/mm/aa	
<b>Eta' (mesi/anni)</b>	(mesi per bambini <1 anno), anni	
<b>Contatti con casi di Influenza</b>	SI/NO/NON NOTO	
<b>Paese/i in cui si sono verificati i contatti</b>	specificare:	
<b>Situazione in cui si è verificato il contatto</b>	1. Abitazione 2. Struttura sanitaria 3. Viaggio 4. Non noto	
	nel caso di viaggi, fornire dettagli del volo e area di provenienza Compagnia/n. volo Paese provenienza	
<b>Tipo di contatto</b>	1. Essersi preso cura 2. Avere coabitato 3. Avere avuto contatto diretto con secrezioni respiratorie 4. Non noto	
<b>Caso attualmente ricoverato in Ospedale</b>	SI/NO/NON NOTO	
se ricoverato in Ospedale, specificare data ricovero, Ospedale, Reparto, n. tel e fax		
<b>Febbre al momento del ricovero</b>	SI/NO/NON NOTO	(Se Si: riportare temperatura)
<b>Ricoverato in isolamento</b>	SI/NO/NON NOTO	
<b>Ventilazione assistita</b>	SI/NO/NON NOTO	
<b>Radiografia torace</b>	1. Reperti di polmonite 2. Negativa per polmonite 3. Non eseguita	
<b>Campioni clinici prelevati per indagini di laboratorio</b>	1. Tamponi nasali e nasofaringei 2. Sangue per emocoltura e sierologia, 3. Urine 4. Sputo/escreato 5. Lavaggio broncoalveolare	
Fornire indirizzo, n. tel e fax del laboratorio		
<b>Diagnosi di Laboratorio</b>	1. RT-PCR specifica per nuovo virus A/H1N1 2. Sieroconversione o aumento del titolo anticorpale specifico >= 4 volte 3. isolamento del virus in coltura	Conferma da Laboratorio di riferimento
<b>Esito del caso</b>	1. Dimesso 2. Trasferito 3. Deceduto 4. Perso al Follow up	se trasferito specificare presso quale Ospedale
<b>Classificazione del caso alla presentazione</b>	sospetto/probabile	
<b>Classificazione finale</b>	confermato/escluso	

inviare a: Ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - Settore Salute - Direzione Generale della Prevenzione, Ufficio V Malattie Infettive; fax 06 59943096, e-mail: malinf@sanita.it;

Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, fax 06/44232444

Istituto Superiore di Sanità, Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie ed immuno mediate, fax 06/49387183

\* La scheda va inviata immediatamente (entro le 12 ore)