

Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita
MODULO per l'INDAGINE EPIDEMIOLOGICA E LA SEGNALAZIONE DEI CASI DI MORBILLO

Codice Identificativo caso

0000

REGIONE ▼ ASL ▼ DISTRETTO

Medico segnalatore Dr. Data segnalazione
(gg/mm/aaaa)

DATI ANAGRAFICI CASO

Cognome **Nome** Sesso M F

Nato il . a ...
(gg/mm/aaaa)

Domicilio : Comune ... Provincia ▼

Indirizzo: Telefono
(Via, Piazza, Viale, e N. civico)

Residenza (se diversa da domicilio): Comune

Provincia ▼

Indirizzo: Telefono
(Via, Piazza, Viale, e N. civico)

Comune di insorgenza sintomi :

Collettività frequentate :

Nido Sede ...

Materna

Scuola Elementare Classe

Media

Superiore Sezione

Altro , specificare...

Lavoro

(tipo di attività e sede)

Altra collettività (es caserma, ospedale, strutture sportive, strutture carcerarie):

(specificare sede) ...

STATO VACCINALE**Precedente vaccinazione contro il morbillo :**

- No Non so, non ricordo
 SI, 1 dose SI, d dosi SI, non so, non ricordo le dosi dosi

Se si, quando ha effettuato l'ultima dose:..

_____ (gg/mm/aaaa)

DATI CLINICI**Data di comparsa della febbre ::**

_____ (gg/mm/aaaa)

Febbre > 38° C

-
- SI
-
- No

Data di comparsa dell'esantema :

_____ (gg/mm/aaaa)

Durata dell'esantema > 3 giorni :

-
- SI
-
- No

Altri Sintomi

-
- Rinite
-
- Congiuntivite
-
- Tosse

CONFERMA DI LABORATORIO**Ricerca IgM su sangue :**

-
- SI
-
- No
-
- Non Noto

Se si: data ...

_____ (gg/mm/aaaa)

Esito:

-
- Positivo
-
- Negativo

Ricerca delle IgG :

-
- SI
-
- No
-
- Non Noto

primo campione: data

_____ (gg/mm/aaaa)

titolo

secondo campione: data

_____ (gg/mm/aaaa)

titolo

Isolamento virale :

-
- SI
-
- No
-
- Non Noto

Se si: data ...

_____ (gg/mm/aaaa)

-
- Positivo
-
- Negativo

Tipo ceppo

-
- SI
-
- No
-
- Non Noto

PCR

Se si: data ...

_____ (gg/mm/aaaa)

-
- Positivo
-
- Negativo

Tipo ceppo

IDENTIFICAZIONE DEI CONTATTI

Nei 5 giorni precedenti e nei 4 giorni successivi la comparsa dell'esantema, Il paziente ha avuto contatti negli ambiti:

Famiglia _____

(segnalare numero sogg. suscettibili o vaccinati con < 2 dosi)

Collettività _____

(segnalare numero sogg. suscettibili o vaccinati con < 2 dosi)

Altro _____

(segnalare collettività frequentate o vaccinati con < 2 dosi)

Sono stati vaccinati il seguente numero di contatti:

Famiglia _____ Collettività _____ Altro _____

Altri Interventi attuati – osservazioni:.... _____

Nome compilatore: _____ **Recapito telefonico:** _____

Data _____ **Firma** _____
(gg/mm/aaaa)