

## Scheda di notifica di caso di sindrome/infezione da rosolia congenita

(riservato al Ministero della Salute) Codice identificativo

<b>Regione</b> _____ <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>	<b>Provincia</b> _____ <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>
<b>Comune</b> _____ <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>	<b>ASL</b> _____ <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>

### Sezione 1 - INFORMAZIONI ANAGRAFICHE del PAZIENTE

Cognome _____	Nome _____	sesso: M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Codice SSN <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>	Cittadinanza _____		
Luogo di nascita _____	data di nascita (gg/mese/anno) <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>	Peso alla nascita in grammi <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>	Peso Non Noto <input type="checkbox"/>
Residenza _____	Età Gestazionale (EG) in settimane <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>	EG Non Nota <input type="checkbox"/>	
Via/piazza e numero civico _____	Comune _____	Provincia _____	ASL _____ <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>
Domicilio abituale, se diverso dalla Residenza _____			
Età in cui è stata diagnosticata la rosolia congenita: Anni ____ Mesi ____ < 1 mese <input type="checkbox"/>			
Non Noto <input type="checkbox"/> Data diagnosi <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>			

### Sezione 2 - CARATTERISTICHE CLINICHE

**Barrare la/e voce/i che interessano (S=SI, N=NO, NN=NON NOTO)**

Segni e sintomi di Gruppo A				Segni e sintomi di Gruppo B			
	S	N	NN		S	N	NN
ipoacusia/sordità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	meningoencefalite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cataratta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	microcefalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ritardo mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
retinopatia pigmentosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	porpora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cardiopatia congenita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	splenomegalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se cardiopatia congenita, barrare la voce che interessa:</i>				epatomegalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pervietà dotto arterioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ittero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stenosi polmonare perifer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	radiolucenza ossa lunghe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
card. congenita non nota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
altra cardiopatia, specificare _____							
Altri segni o sintomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	se SI, specificare _____			
Bambino in vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se si, data ultima valutazione del bambino <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>			
				Se no, data decesso <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>			

autopsia eseguita    Referto anatomopatologico finale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Causa di morte (dal relativo certificato) 1: \_\_\_\_\_ (iniziale)  
2: \_\_\_\_\_ (intermedia)  
3: \_\_\_\_\_ (finale)

**Sezione 3 - STORIA MATERNA**

Cognome e Nome della madre \_\_\_\_\_ età al momento del parto

occupazione al momento del concepimento \_\_\_\_\_ NN

numero precedenti gravidanze (totale)   NN  numero parti   NN

madre vaccinata contro la rosolia    S N NN se SI, data vaccinazione

Rubeotest eseguito prima della gravidanza    S N NN se SI, data esecuzione     risultato: Immune   
Susceptibile   
NN

Informazioni cliniche sulla gravidanza S N NN durante questa gravidanza ha usufruito di assistenza pre-natale?    data prima visita

durante questa gravidanza ha avuto una malattia simile a rosolia?    se SI, a che settimana EG

se si, caratteristiche cliniche della malattia: rash cutaneo    data esordio     
febbre     
linfadenopatia     
artralgia/artrite     
altro, specificare \_\_\_\_\_

la malattia è stata diagnosticata da un medico?     
il medico ha fatto diagnosi di rosolia?     
è stata effettuata diagnosi di laboratorio?    Se SI, compilare la sezione "esami di laboratorio"  
la madre è stata esposta ad un caso noto di rosolia?

Se SI, specificare eventuale grado di relazione \_\_\_\_\_  
del caso di rosolia presumibile fonte di esposizione (partner, figlio, parente, collega, etc..)

luogo presumibile dell'esposizione al contagio \_\_\_\_\_

Numero di bambini di età < 18 anni conviventi con la madre durante la gravidanza:   di cui n. vaccinati contro la rosolia   NN

#### Sezione 4 - ESAMI DI LABORATORIO

##### Esami di laboratorio effettuato per confermare la diagnosi

bambino	tipo di campione*	data prelievo	laboratorio	metodica**	risultato
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____	_____

  

madre	tipo di campione*	data prelievo	laboratorio	metodica**	risultato
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____	_____

\* indicare il tipo di campione biologico su cui viene effettuato l'esame di laboratorio (sangue, urine, liquor, biopsia tissutale specificando l'organo, etc)

\*\* indicare il metodo di laboratorio utilizzato (ricerca delle IgM e/o IgG specifiche, IgG persistenza, isolamento virale, PCR). In caso di ricerca delle IgM e/o IgG antirosolia, specificare la metodica (EIA, ELISA, IFA, HI, Agglutinazione su latex, Emoagglutinazione passiva)

#### Sezione 5 - CLASSIFICAZIONE INIZIALE E FINALE del CASO

##### CLASSIFICAZIONE INIZIALE (QUESTA SEZIONE VA COMPILATA DAL SANITARIO CHE NOTIFICA IL CASO)

sospetto   probabile  confermato  sola infezione  aborto

##### CLASSIFICAZIONE FINALE (QUESTA SEZIONE E' RISERVATA AL MINISTERO DELLA SALUTE)

sospetto  probabile  confermato  sola infezione  aborto  non SRC

data di classificazione finale

data di notifica    Sanitario che ha compilato la notifica \_\_\_\_\_  
(timbro e firma)

recapito \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ telefax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

---

## ISTRUZIONI E NOTE PER LA COMPILAZIONE

La scheda di notifica va compilata per tutti i casi sospetti di rosolia congenita, inclusi i nati morti ed i bambini nati da madre con infezione confermata da rosolia in gravidanza asintomatici alla nascita.

Il flusso di notifica, riportato in dettaglio nell'allegato 1, è il seguente:

Medico segnalatore      ASL      Regione/PP.AA.      Ministero Salute/ISS - ISTAT

## DEFINIZIONI IN CASO DI ROSOLIA CONGENITA

### Descrizione clinica

Malattia congenita dovuta ad infezione rubeolica contratta in utero e caratterizzata dalla presenza da uno o più dei seguenti segni e sintomi:

- a) cataratta/glaucoma congenito, cardiopatia congenita, ipoacusia/sordità, retinopatia pigmentosa, cui possono essere associati:
- b) porpora trombocitopenica, epatomegalia, splenomegalia, ittero, microcefalia, meningoencefalite, ritardo mentale, ipoevolutismo, lesioni ossee a carico delle metafisi delle ossa lunghe.

### Definizione clinica

Presenza di segni, sintomi o dati di laboratorio compatibili con infezione congenita da virus rubeolico.

### Criteri diagnostici di laboratorio

- isolamento di virus della rosolia da campioni biologici, oppure
- PCR positiva per virus della rosolia, oppure
- dimostrazione di IgM specifiche anti virus della rosolia nei primi mesi di vita, oppure
- persistenza di titolo anticorpale IgG anti virus della rosolia in un neonato o in un lattante oltre il limite temporale normalmente atteso per la persistenza di anticorpi materni (tempo di dimezzamento: circa un mese).

### Classificazione dei casi

- Sospetto: ogni bambino con segni e sintomi clinici compatibili con SRC, ma che non risponde in tutto ai criteri per caso probabile
- Probabile: un caso non confermato da esami di laboratorio, ma che presenta almeno due delle manifestazioni cliniche illustrate nel punto a) oppure una di quelle del punto a) e una di quelle di cui al punto b), e non abbia evidenza di altra eziologia.
- Confermato: un caso clinicamente compatibile, confermato da esami di laboratorio oppure un caso probabile, ma epidemiologicamente correlato con un caso confermato, cioè a contatto con il caso confermato in un periodo di tempo compatibile con l'incubazione della malattia
- Sola infezione (IRC): un caso con diagnosi di laboratorio di infezione, ma assenza di sintomi o segni clinici.

### Nota bene:

Ai fini della classificazione dei casi, la presenza contemporanea di più sintomi a carico dello stesso organo bersaglio (ad esempio: cataratta e glaucoma congenito, stenosi della polmonare e pervietà del dotto di Botallo) viene considerata come un unico sintomo di gruppo A.

Nei casi classificati come sola infezione, il riscontro in epoche successive di uno qualsiasi dei segni o sintomi compatibili con SRC deve fare riclassificare il caso.



	S	N	NN	Ordine temp.	data comparsa	data risoluzione (anche approssimativo)
rash cutaneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
febbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
linfadenopatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
artralgia/artrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
altro, specificare	<input type="text"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

  

	S	N	NN
La malattia è stata diagnosticata da un medico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il medico ha fatto diagnosi di rosolia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono state effettuate indagini di laboratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se SI, compilare la sezione "esami di laboratorio" (sez. 4)			
C'è stato contatto con un caso noto di rosolia ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se SI, indicare grado di relazione con la presumibile fonte di esposizione (partner, figlio, convivente, parente, collega lavoro, compagno figli, etc...)			
Luogo presumibile dell'esposizione al contagio (e indirizzo)	<input type="text"/>		
Numero di bambini di età < 18 aa. conviventi durante la gravidanza:	<input type="text"/>	di cui n. vaccinati contro la rosolia	<input type="text"/> NN <input type="text"/>

#### Sezione 4-ESAMI DI LABORATORIO

Esami di laboratorio effettuato per confermare la diagnosi				
tipo di campione*	data prelievo	laboratorio	TEST (metodica)	risultato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* indicare il tipo di campione biologico su cui viene effettuato l'esame di laboratorio (sangue, urine etc)

\*\* indicare il metodo di laboratorio utilizzato (ricerca delle IgM e/o IgG specifiche, isolamento virale, PCR). In caso di ricerca delle IgM e/o IgG antirosolia, specificare la metodica eseguita per la diagnosi (EIA, ELISA, IFA, HI, Agglutinazione su latex, Emoagglutinazione passiva)

#### Sezione 5 – ESITO DELLA GRAVIDANZA

QUESTA SEZIONE PUÓ ESSERE COMPILATA IN SEGUITO

Nato vivo  Nato morto  Interruzione volontaria (Età Gestazionale: sett)  Aborto(Età Gestazionale: sett)

## Sezione 6 - CLASSIFICAZIONE DEL CASO

CLASSIFICAZIONE INIZIALE (QUESTA SEZIONE VA COMPILATA DAL SANITARIO CHE NOTIFICA IL CASO)

sospetto       probabile       confermato       sola infezione       aborto

CLASSIFICAZIONE FINALE (QUESTA SEZIONE E' RISERVATA AL MINISTERO DELLA SALUTE)

sospetto       probabile       confermato       sola infezione

data di classificazione finale          (gg/mm/aaaa)

data di notifica               Sanitario che ha compilato la notifica  
(gg/mm/aaaa)      (timbro e firma) \_\_\_\_\_

recapito \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ telefax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

## ISTRUZIONI E NOTE PER LA COMPILAZIONE

La scheda di notifica va compilata per tutti i casi sospetti di infezione da virus della rosolia in gravidanza, inclusi quelli in cui solo la presenza di IgM positive è alla base del sospetto diagnostico.

Il flusso di notifica, riportato in dettaglio nell'allegato 1, è il seguente:

Medico segnalatore      ASL      Regione/PP.AA.      Ministero Salute/ISS - ISTAT

## DEFINIZIONI DI CASO DI ROSOLIA [1]

### Descrizione clinica

Quadro clinico compatibile con la rosolia, vale a dire manifestazione acuta di esantema generalizzato maculopapulare e artralgia/artrite, linfadenopatia o congiuntivite.

### Criteri diagnostici di laboratorio

- Individuazione degli anticorpi immunoglobulina M alla rosolia in mancanza di vaccinazione recente.
- Dimostrazione di una risposta specifica degli anticorpi IgG alla rosolia in mancanza di vaccinazione recente.
- Isolamento del virus della rosolia in mancanza di vaccinazione recente.
- PCR positiva per virus della rosolia.

### Classificazione dei casi

Possibile: Un caso che corrisponde alla definizione del caso clinico.

Probabile: Un caso clinicamente compatibile che ha un collegamento epidemiologico.

Confermato: Un caso clinicamente compatibile confermato in laboratorio.

[1] Decisione della Commissione Europea del 19 marzo 2002 che stabilisce la definizione dei casi ai fini della dichiarazione delle malattie trasmissibili alla rete di sorveglianza comunitaria istituita ai sensi della decisione n. 2119/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio.