

Allegato 2. Scheda per la segnalazione di "SOSPETTO/PROBABILE CASO DI MPX" o "CASO CONFERMATO DI MPX"

Classificazione del caso segnalato

SOSPETTO PROBABILE CONFERMATO SCARTATO

DATA SEGNALAZIONE	____/____/____
REGIONE DI SEGNALAZIONE	
AZIENDA/OSPEDALE	
Dati di chi compila la scheda	Nome, Cognome, telefono, mail
INFORMAZIONI GENERALI DEL PAZIENTE	
Nome	
Sesso	
Età	
Comune di residenza	
Professione	
Data insorgenza sintomi	
Tipologia sintomi	<input type="checkbox"/> febbre <input type="checkbox"/> febbre > 38,5° <input type="checkbox"/> mialgia <input type="checkbox"/> lombalgia/dorsalgia <input type="checkbox"/> astenia <input type="checkbox"/> cefalea <input type="checkbox"/> linfadenopatia <input type="checkbox"/> eruzione/lesioni cutanee (specificare Data di esordio ____/____/____ Localizzazione/i _____ Fase di evoluzione _____



	Altre caratteristiche _____
Storia di viaggio recente	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Se si specificare luogo e periodo _____
Recente esposizione a un caso probabile o confermato	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Modalità di esposizione	
Storia recente di partner sessuali multipli o anonimi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Pregressa vaccinazione anti-vaiolosa	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Conferma di laboratorio	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Data del prelievo del campione	____/____/____
Data di conferma o di esclusione (da non compilare in attesa dei risultati)	____/____/____
Test utilizzato	
Caratterizzazione genomica (se disponibile)	
Altri risultati clinici o di laboratorio rilevanti per escludere cause comuni di eruzione cutanea	
Ricoverato	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Data di ricovero	____/____/____
Esito al momento della segnalazione	<input type="checkbox"/> Malattia ancora in fase acuta <input type="checkbox"/> Guarigione <input type="checkbox"/> Presenza di esiti (specificare) <input type="checkbox"/> Decesso