

Da inviare via mail a:

dir.sep@aslnapoli1centro.it

notifica.malattiecinfettive@regione.campania.it

REGIONE CAMPANIA – Scheda di notifica per Vaiolo delle scimmie (MPXV)

Data segnalazione _____

Informazioni anagrafiche Paziente

Nome: _____ Cognome: _____

Data di nascita: _____ Sesso: (M) (F) C.F. _____

Residenza: _____

Domicilio (indicare se diverso da residenza) _____

Recapito telefonico paziente _____ / _____

Informazioni anamnestiche e cliniche

Data insorgenza sintomi: ____/____/_____

Tipo di sintomi:

eruzione cutanea

febbre

mal di testa

linfadenopatia

mialgia

mal di schiena

astenia

presenza di rash cutaneo (indicare le aree interessate)

 ricovero per cause cliniche

ricovero per solo isolamento

Data di ricovero _____ Unità

Operativa _____

Modalità di trasmissione

(specificando se correlata all'assistenza in operatori sanitari)

Fattori di rischio (indicare): _____

il paziente è operatore sanitario

il paziente ha avuto contatto con animali negli ultimi 21 giorni

storia di viaggio nei 21 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi

➤ Informazioni utili per le attività di *contact tracing*:

- esposizione (nei 21 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi) a un caso probabile o confermato
➤ Informazioni del caso indice e del contatto con casi probabili o confermati:

- Storia recente di partner sessuali multipli o anonimi
 Uso di trattamenti antivirali (indicare) : _____
 Stato di immunocompromissione
 Stato di gravidanza (indicare periodo) : _____
-

Vaccinazione contro il vaiolo SI NO

Vaccinazione per profilassi:

- non correlata a focolaio correlata al focolaio post esposizione correlata a focolaio
-

Data prelievo campione ____/____/_____

Tipo di campione prelevato: _____

Laboratorio esecuzione del test: UOC Microbiologia P.O. Cotugno

Metodo di conferma: PCR sequenziamento altro: _____

Esito al momento della segnalazione: Negativo Positivo In corso

N.B. Si ricorda che la presente scheda va aggiornata con l'esito del tampone qualora quest'ultimo non sia ancora disponibile al momento della compilazione

Napoli, ____/____/_____

Timbro e firma del Medico: