

	Direzione Sanitaria SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELLE MENINGITI BATTERICHE	Mod. 0123	Pag. 1 di 2
		Parola chiave: <i>sorveglianza meningiti</i>	
		Rev. 00	del 15/10/2024

N. Scheda I _ I _ I _ I _ I

N. Ceppo I _ I _ I _ I _ I

La presente scheda va compilata per tutti i casi di meningite in cui sia stata accertata un'eziologia batterica. Nei casi ad eziologia da Neisseria meningitidis, viene richiesta la segnalazione anche per le forme di infezione invasiva senza meningite. La presente scheda, una volta compilata in tutte le sue parti va inviata per vie brevi al locale Assessorato alla Sanità, al Ministero della Sanità (Direzione Generale Servizi Igiene Pubblica - DGSIP - Via della Sierra Nevada 60 - 00144 Roma tel. 06/59944285), all'Istituto Superiore di Sanità (Laboratorio di Batteriologia e Micologia Medica). Nel caso di malattie batteriche invasive da Neisseria meningitidis o Haemophilus influenzae viene richiesto anche l'invio del ceppo batterico isolato al Laboratorio BMM dell'Istituto Superiore di Sanità (Viale Regina Elena 299 - 00161 Roma tel. 06/49902856 fax 06/49387112).

Segnalazione effettuata da: Regione PIEMONTE Asl : 213 Data compilazione / /

Nome compilatore: _____ Recapito: 0142/334611

Ospedale di ricovero: NUOVA CASA DI CURA SANT'ANNA S.r.l. Reparto: _____

Indirizzo: VIALE CAVALLI D'OLIVOLA - 15033 CASALE M.TO (AL)

Informazioni sul paziente:

Cognome del paziente _____ Nome del paziente _____

Sesso ☐ M ☐ F Età I _ I _ I se inferiore ad un anno, in mesi I _ I _ I

Comune di domicilio abituale e indirizzo _____

Comune inizio primi sintomi _____

Occupazione: ① studente ② militare ③ sanitario ④ altro (specificare) _____

Vaccinato contro la specifica patologia: ☐ SI ☐ NO ☐ IGNOTO

Data di inizio dei sintomi I _ I _ I Stato di immunodepressione ☐ SI ☐ NO
gg mm aa

Contatto con un caso di meningite nei 30 giorni prima dell'inizio dei sintomi ☐ SI ☐ NO

Quadro clinico: ① meningite ② sepsi ④ altro (specificare) _____

	Direzione Sanitaria	Mod. 0123	Pag. 2 di 2
	SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELLE MENINGITI BATTERICHE	Parola chiave: <i>sorveglianza meningiti</i>	
		Rev. 00	del 15/10/2024

Esame liquor: ① purulento ② torbido ③ Limpido ④ non eseguito

Diagnosi: ① clinica ② clinica + isolamento culturale ③ clinica + esame microscopico/ricerca antigene

Agente eziologico: (*specificare il sierogruppo)

- ① streptococco* ② pneumococco* ③ meningococco ④ Haernophilus influenzae*
 ⑤ micobatterio tubercolare ⑥ listeria ⑧ altro (specificare) _____
 ⑨ non identificato

Materiale di isolamento: ① liquor ② sangue ⑧ altro (specificare) _____

Condizioni del paziente al momento della segnalazione: ☐ deceduto ☐ in trattamento

Solo per il MENINGOCOCCO:

E' stata effettuata profilassi dei contatti: ☐ NO ☐ SI

Se SI: ① entro 24 ore dalla diagnosi ② tra 24 - 48 ore ③ dopo 48 ore

Con: ① sulfamidici ② rifampicina ⑧ altro (specificare) _____

Sierogruppo _____

Sensibilità a: ☐ sulfamidici ☐ penicillina ☐ cefalosporine III gen
☐ rifampicina ☐ ampicillina ☐ cloranfenicolo

Compilare con:

S = sensibile

I = intermedio

R = resistente

Timbro e firma del Medico
