



Occupazione al momento del concepimento: operatore sanitario  operatore scolastico  altro

Numero gravidanze \*  numero parti\*  (\*inclusa la presente gravidanza)

Vaccinata contro la rosolia Si  No  Non Noto  se SI, data vaccinazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_(gg/mm/aa)

Durante la gravidanza : Si No Non Noto  
ha avuto una malattia simile alla rosolia?    se SI, a quale settimana di gestazione?

Caratteristiche cliniche della malattia: Si No Non Noto  
esantema maculo papulare    se SI, data comparsa esantema \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (gg/mm/aa)  
febbre     
adenopatia cervicale     
adenopatia sub occipitale     
adenopatia retro auricolare     
artralgia/artrite     
altro     
se Si, specificare \_\_\_\_\_

La diagnosi di rosolia è stata confermata in laboratorio? Si  No  se SI, a quale settimana di gestazione?

Se Si, con quali dei seguenti test?

Isolamento virale   
Identificazione acido nucleico del virus della rosolia (RT-PCR)   
Presenza IgM specifiche   
IgG specifiche (sieroconversione o aumento del titolo di almeno 4 volte)   
Test avidità IgG (avidità bassa)   
Immunoblotting

La madre è stata esposta, durante la gravidanza, ad un caso di rosolia/esantema maculo papulare? Si  No  Non Noto

Se SI, specificare a che settimana di età gestazionale

Luogo presumibile dell'esposizione al contagio (se all'estero, indicare la nazione) \_\_\_\_\_

La diagnosi di rosolia del contatto è stata confermata in laboratorio? Si  No

Se la fonte d'infezione non è nota, la madre ha viaggiato all'estero durante il presunto periodo d'incubazione della malattia?

Si  No  Non Noto  Se SI, specificare nazione \_\_\_\_\_  
da \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_(gg/mm/aa)

## Sezione 4 - ESAMI DI LABORATORIO NEL BAMBINO

(effettuati per confermare/escludere la diagnosi)

### Ricerca degli anticorpi IgM rosolia-specifici

Tipo di campione	Data prelievo
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____
saliva <input type="checkbox"/>	
altro <input type="checkbox"/> specificare _____	
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____
saliva <input type="checkbox"/>	
altro <input type="checkbox"/> specificare _____	

Non effettuato

Se effettuato:

Laboratorio	Metodo	Risultato
lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	ELISA <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>
lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	altro <input type="checkbox"/> _____	negativo <input type="checkbox"/>
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		dubbio <input type="checkbox"/>
lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	ELISA <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>
lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	altro <input type="checkbox"/> _____	negativo <input type="checkbox"/>
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		dubbio <input type="checkbox"/>

### Ricerca anticorpi IgG rosolia-specifici

Tipo di campione	Data prelievo
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____
altro <input type="checkbox"/> specificare _____	
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____
altro <input type="checkbox"/> specificare _____	
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____
altro <input type="checkbox"/> specificare _____	

Non effettuato

Se effettuato:

Laboratorio	Metodo e valori di riferimento	Risultato
lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		
lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
altro <input type="checkbox"/> specificare _____		

### Isolamento virale da liquidi biologici

Tipo di campione	Data prelievo
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____
saliva <input type="checkbox"/> urine <input type="checkbox"/>	
biopsia tissutale <input type="checkbox"/> specificare organo: _____	
altro <input type="checkbox"/> specificare _____	

Non effettuato

Se effettuato:

Laboratorio	Risultato
lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>
lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	
altro <input type="checkbox"/> specificare _____	

### Identificazione del genoma virale (RT-PCR)

Tipo di campione	Data prelievo
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____
saliva <input type="checkbox"/> urine <input type="checkbox"/>	
altro <input type="checkbox"/> specificare _____	

Non effettuato

Se effettuato:

Laboratorio	Risultato
lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>
lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	
altro <input type="checkbox"/> specificare _____	

### Genotipizzazione

Si  No  Ceppo \_\_\_\_\_

## 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

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

probabile       confermato SRC       confermato IRC       non rosolia congenita       non classificabile

Importato       Collegato a un caso importato       Non importato, non collegato a un caso importato

Data di classificazione finale |\_\_|\_\_|\_\_| (gg/mm/aa)

Note: \_\_\_\_\_

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

recapito \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

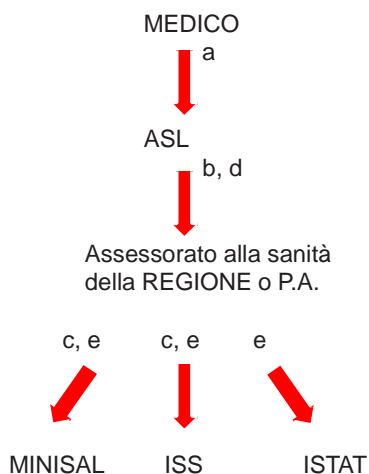
### NOTE PER LA NOTIFICA

La scheda di notifica va compilata per:

- tutti i casi confermati o probabili di rosolia congenita, inclusi i nati morti e i feti abortiti a seguito di diagnosi prenatale di rosolia congenita;
- tutti i bambini nati da madre con infezione da rosolia in gravidanza (possibile, probabile o confermata), anche se asintomatici alla nascita (casi sospetti).

Il flusso di notifica è il seguente: Medico segnalatore → ASL → Regione/PP.AA. → Ministero Salute/ ISS - ISTAT

### Notifica dei casi di rosolia, sindrome/infezione da rosolia congenita o di infezione da rosolia in gravidanza



a = segnalazione (entro 2 giorni)

b = scheda di notifica

c = schede di notifica (cadenza mensile)

d = riepilogo mensile per ASL

e = riepiloghi mensili regionali per ASL, provincia, età e sesso

Contatti:

Per gli aspetti di laboratorio: [rosolia.mipi@iss.it](mailto:rosolia.mipi@iss.it)  
Per gli aspetti epidemiologici: [cnesps.pnemorc@iss.it](mailto:cnesps.pnemorc@iss.it)