

SCHEDA DI NOTIFICA – LEISHMANIOSI VISCERALE

Regione _____ Provincia _____ ASL _____
 Comune _____ Distretto _____

Data di compilazione: gg |__| mm |__| aa |__|__|__| Data di segnalazione: gg |__| mm |__| aa |__|__|__|

Dati anagrafici del paziente

Cognome _____ Nome: _____

Sesso: M F Data di nascita gg |__| mm |__| aa |__|__|__|

Luogo di nascita _____
Comune Provincia Stato

Codice Fiscale _____

Residenza: _____
Via/piazza e numero civico Comune Provincia

Domicilio abituale: _____
Via/piazza e numero civico Comune Provincia

ASL di appartenenza _____

Nazionalità _____ Cittadinanza _____

Professione _____ Recapito telefonico _____

Viaggi o soggiorni in regioni diverse dalla residenza/domicilio abituale del paziente o al di fuori dell'Italia

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
Paese visitato data partenza dall'Italia data rientro/arrivo in Italia

Motivo del viaggio _____

Informazioni cliniche

Data inizio sintomi gg |__| mm |__| aa |__|__|__| Data diagnosi gg |__| mm |__| aa |__|__|__|

Data ricovero gg |__| mm |__| aa |__|__|__| Data dimissione gg |__| mm |__| aa |__|__|__|

Struttura di Ricovero _____ Reparto _____

Segni e sintomi

Dimagrimento Linfadenopatia
 Epatosplenomegalia Anemia
 Febbre Trombocitopenia
 Debolezza Leucopenia

Altro _____
specificare

Test di laboratorio

Ricerca anticorpi specifici nel siero

Data prelievo |__| |__| |__|__|__| Tipo metodica usata: _____

Titolo _____

Risultato POS NEG [†] Dubbio^{9†}

PCR qualitativa e/o PCR quantitativa

Data prelievo ____|____|____|____|

Tessuto aspirato o biopsia di:

milza linfonodo midollo osseo fegato
sangue periferico altro (specificare) _____

Risultato POS NEG

Esame microscopico

Data prelievo ____|____|____|____|

Tessuto aspirato o biopsia di:

milza linfonodo midollo osseo fegato
altro (specificare) _____

Colorazione utilizzata: Giemsa Wright-Giemsa Altro (specificare) _____

Risultato POS NEG Dubbio

Densità

6+ (oltre 100 parassiti per campo)
5+ (10-100 parassiti per campo)
4+ (1-10 parassiti per campo)
3+ (1-10 parassiti per 10 campi)
2+ (1-10 parassiti per 100 campi)
1+ (1-10 parassiti per 1000 campi)
0 (nessun parassita in 1000 campi)

Coltura parassitaria

Data prelievo ____|____|____|____|

Tessuto aspirato o biopsia di:

milza linfonodo midollo osseo fegato
sangue periferico altro (specificare) _____

Risultato POS NEG

Classificazione di caso: [†] PROBABILE CONFERMATO
PRIMA INFEZIONE RECIDIVA/RICADUTA [†]

Tipo caso: IMPORTATO AUTOCTONO [†]

In caso d'importazione: Paese e località di presunto contagio _____

Note (scrivere in stampatello):

Operatore sanitario che ha compilato la scheda: Nome e cognome _____
Ruolo _____ Recapito telefonico _____ email _____

(timbro e firma)

ISTRUZIONI E NOTE PER LA COMPILAZIONE

La scheda va compilata per tutti i casi probabili e confermati di Leishmaniosi viscerale
Inviare a: - Ministero della Salute: via mail a malinf@sanita.it;

⁹ specificare (es. IFAT reazione aspecifica del nucleo del promastigote)

SCHEDA DI NOTIFICA – LEISHMANIOSI CUTANEA

Regione _____ Provincia _____ ASL _____
 Comune _____ Distretto _____

Data di compilazione: gg |__| mm |__| aa |__|__|__| Data di segnalazione: gg |__| mm |__| aa |__|__|__|

Dati anagrafici del paziente

Cognome _____ Nome: _____

Sesso: M F Data di nascita gg |__| mm |__| aa |__|__|__|

Luogo di nascita _____
 Comune _____ Provincia _____ Stato _____

Codice Fiscale _____

Residenza: _____
 Via/piazza e numero civico _____ Comune _____ Provincia _____

Domicilio abituale: _____
 Via/piazza e numero civico _____ Comune _____ Provincia _____

ASL di appartenenza _____

Nazionalità _____ Cittadinanza _____

Professione _____ Recapito telefonico _____

Viaggi o soggiorni in regioni diverse dalla residenza/domicilio abituale del paziente o al di fuori dell'Italia

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 Paese visitato _____ data partenza dall'Italia _____ data rientro/arrivo in Italia _____

Motivo del viaggio _____

Informazioni cliniche

Data inizio sintomi gg |__| mm |__| aa |__|__|__| Data diagnosi gg |__| mm |__| aa |__|__|__|

Ricovero SI NO
 se SI, Data ricovero gg |__| mm |__| aa |__|__|__| Data dimissione gg |__| mm |__| aa |__|__|__|
 motivo del ricovero _____

Struttura di Ricovero _____ Reparto _____

Segni e sintomi

Lesioni cutanee Lesioni alle mucose

Test di laboratorio**PCR qualitativa e/o PCR quantitativa**

Data prelievo |__| |__| |__|__|__|

biopsia cutanea biopsia mucosa

Risultato POS NEG

Esame microscopico

Data prelievo |__| |__| |__|__|__|

biopsia cutanea biopsia mucosa

