

sintomi respiratori (ad es. tosse, respiro corto, dolore toracico, difficoltà respiratoria).	<input type="checkbox"/>	
Altro (specificare)		

RICOVERO/ISOLAMENTO FIDUCIARIO

Ricovero Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Isolamento fiduciario: Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Data: __ _ _ _ Nome Ospedale: _____	Data isolamento: __ _ _ _
Reperto:	Indirizzo: _____
Terapia intensiva/rianimazione (UTI) Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Comune: _____
Emodialisi Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Prov __ _ _
Ventilazione meccanica Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Sì → <u> Non invasiva </u> <u> Intubazione </u>	
ECMO Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
DEA/EAS <input type="checkbox"/>	Terapia sub intensiva <input type="checkbox"/>
Malattie Infettive <input type="checkbox"/>	
Altro, specificare <input type="checkbox"/> _____	

In stato di gravidanza? Sì No Non noto se Sì, mese di gestazione: |__|_|

Presenza di patologie croniche: Sì No Non noto se sì quali?

Tumore	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto	Malattie renali	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto
Diabete	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto	Malattie metaboliche	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto
Malattie cardiovascolari	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto	Obesità BMI tra 30 e 40	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto
Deficit immunitari	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto	Obesità BMI > 40	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto
Malattie respiratorie	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto				
Altro, specificare	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non noto				

Dati di Laboratorio

Data di raccolta del campione: |__|_|_|_|

Laboratorio esecuzione del test: |INMI L. SPALLANZANI _____|

Diagnosi basata su: test PCR real-time Test Sierologico (IgM) ENTRAMBI (PCR + Sierologico)

Metodica TEST:	Risultato	Data
PCR Sierologico campione _____	Pos Neg Indeterminato	__ _ _ _
PCR Sierologico campione _____	Pos Neg Indeterminato	__ _ _ _
PCR Sierologico campione _____	Pos Neg Indeterminato	__ _ _ _
PCR Sierologico campione _____	Pos Neg Indeterminato	__ _ _ _

È stata effettuata genotipizzazione? Sì No Non noto

Se sì, specificare: _____ data: |__|_|_|_|

Informazioni epidemiologiche

1. A partire da 2 giorni prima dell'insorgenza dei sintomi il caso ha partecipato a raduni collettivi/eventi di massa?

Sì No Non noto

Se sì, specificare la tipologia dell'evento: _____

luogo _____ data |__|__|__|

2. A partire dai 42 giorni precedenti l'esordio dei sintomi ad oggi il caso si è recato fuori Regione o in Paese estero?

Sì No Non noto

Se sì,

dove _____ data di arrivo: |__|__|__| data di rientro: |__|__|__|

dove _____ data di arrivo: |__|__|__| data di rientro: |__|__|__|

dove _____ data di arrivo: |__|__|__| data di rientro: |__|__|__|

data di arrivo in Italia: |__|__|__|

Informazioni Aggiuntive viaggio

Mezzo di trasporto: Aereo Nave/traghetto Treno Automobile Pullman

Altro, specificare: |_____|

Informazioni identificative del viaggio (tutte quelle disponibili):

Indicare estremi del viaggio (aereo: numero volo di ritorno in Italia, o compagnia, data, orario ed aeroporto arrivo, posto occupato; nave: compagnia, porto, data e orario partenza, posto occupato; treno: numero, o compagnia, stazione di partenza e arrivo, data e orario, posto occupato; pullman: compagnia, luogo partenza e arrivo, data e orario, posto occupato)

3. Nei 42 giorni precedenti l'esordio dei sintomi il caso è stato a contatto con un caso probabile o confermato di Hantavirus?

Sì No Non noto Se sì,

dove |_____| data di ultimo contatto: |__|__|__|

Tipologia di contatto (1): alto rischio basso rischio

4. Nei 42 giorni precedenti l'esordio dei sintomi il caso è stato a stretto contatto con roditori?

Sì No Non noto Se sì, dove |_____|

data di ultimo contatto: |__|__|__|

7. il caso fa parte di un cluster? Sì No Non noto

Se Sì specificare nome cluster/focolaio |_____|

Complicanze

Se presenza complicanze, specificare: |_____|

Data complicanza: |__|__|__|

Classificazione finale/Esito /Follow-up

Classificazione del caso:

Confermato Probabile Sospetto Diagnosi Esclusa Perso al follow-up

Esito: Guarigione Data: |__|__|__|

Guarito clinicamente Data (se ricoverato, data dimissione): |__|__|__|

Decesso Data: |__|__|__| → (allegare certificato decesso ISTAT)

Medico che compila la scheda:

Nome Ospedale |_____| ASL |_____|

Cognome: |_____| Nome: |_____|

Telefono: |_____| Email |_____|

Definizioni (1)

Descrizione del contatto	
Contatti ad alto rischio	<ul style="list-style-type: none"> • Tutte le persone a bordo della nave da crociera (al momento della pubblicazione del documento “Rapid Scientific Advice on the management of passengers In the context of the Andes virus outbreak on the cruise ship MV Hondius 9 May 2026”), ad eccezione degli esperti di sanità pubblica che si sono imbarcati a Capo Verde il 6 maggio. • Persone che hanno avuto una o più delle seguenti esposizioni a un caso probabile o confermato di ANDV: <ul style="list-style-type: none"> ○ Persone che condividono la stessa stanza. ○ Partner intimi o persone con contatto fisico diretto. ○ Persone che condividono il bagno o lo spazio per dormire. ○ Persone che si sono trovate a circa due metri di distanza per periodi prolungati (>15 minuti cumulativi), in uno spazio ristretto. ○ Persone che hanno partecipato a pasti in comune, interazioni sociali prolungate, cure mediche o attività di assistenza. ○ Operatori sanitari con esposizione non protetta a un caso confermato, probabile o sospetto. ○ Individui esposti senza DPI adeguati durante procedure mediche che generano aerosol ○ Passeggeri di aerei seduti nella stessa fila, e entro due file in tutte le direzioni dal caso in un volo lungo > 6 ore. ○ Personale di cabina o di trasporto con ripetute interazioni ravvicinate con un caso confermato o una persona sintomatica. ○ Persone che hanno maneggiato biancheria, indumenti, rifiuti sanitari o fluidi corporei contaminati senza DPI adeguati
Contatti a basso rischio	<ul style="list-style-type: none"> • Persone che non hanno avuto contatti diretti o prolungati con un caso probabile o confermato di ANDV, tra cui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Passeggeri di aerei al di fuori della zona di vicinanza definita. ○ Contatti brevi in transito, nei porti o occasionali. ○ Persone che condividono ampi spazi all'aperto senza interazioni prolungate. ○ Operatori sanitari e altro personale che utilizzano DPI adeguati per tutta la durata dell'esposizione