



Settore Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

SCHEDA D'INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA IN CASO DI LEISHMANIOSI CUTANEA
DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____
 Nato il _____ a _____ Prov. _____
 Comune di residenza _____
 Indirizzo di residenza _____
 Recapito telefonico _____
 Comune del domicilio abituale _____
 Indirizzo del domicilio _____
 Professione¹ _____
 Sede _____

FATTORI DI ESPOSIZIONE NEI 12 MESI PRECEDENTI

Ha avuto trasfusioni di sangue? sì no
 Se sì, quando? (gg/mm/aaaa) ___/___/_____
 In quale ospedale? _____
 È donatore di sangue? sì no
 Se sì, qual è la dell'ultima donazione? (gg/mm/aaaa) ___/___/_____
 Specificare luogo donazione (ospedale/centro trasfusionale) _____

Possiede o ha posseduto negli ultimi 12 mesi uno o più cani? no sì
 Se sì, quanti? ___
 Indirizzo di detenzione del/dei cane/i: _____

Se sì, ha/hanno mai ricevuto una diagnosi di Leishmaniosi canina? no sì anno diagnosi _____
 Inviata comunicazione al Servizio Veterinario? no sì il ___/___/_____
 Trascorre del tempo all'aperto in particolare in ore serali/notturne? sì no
 Dove? In quale comune/stato estero? _____

Ha cambiato residenza/domicilio? no sì
 Se sì indicare la data (gg/mm/aaaa) ___/___/_____
 Se sì, in quale comune era residente/domiciliato? _____

Viaggi o soggiorni in **comuni** diversi dal domicilio abituale nei 12 mesi precedenti:

1. _____ (___) dal ___/___/____ al ___/___/____
 2. _____ (___) dal ___/___/____ al ___/___/____
 3. _____ (___) dal ___/___/____ al ___/___/____
Comune (Prov.) (gg/mm/aaaa) (gg/mm/aaaa)

Viaggi o soggiorni **all'estero** nei 12 mesi precedenti:

1. _____ dal ___/___/____ al ___/___/____
 2. _____ dal ___/___/____ al ___/___/____
 3. _____ dal ___/___/____ al ___/___/____
Paese (gg/mm/aaaa) (gg/mm/aaaa)

LUOGO DI PROBABILE ESPOSIZIONE:

Autoctono/domicilio Autoctono/Emilia-Romagna Autoctono/Italia, non ER Importato/Estero

Se diverso da "Autoctono/domicilio":

Stato _____ Regione _____
 Comune _____ Provincia _____
 Indirizzo _____

¹ Porre particolare attenzione alla possibilità che il lavoro venga svolto in ore serali o di notte; in questo caso acquisire maggiori informazioni sulla sede lavorativa

INFORMAZIONI CLINICHE

Data di inizio sintomi ___/___/___ Luogo di inizio sintomi _____

Data del ricovero ___/___/___ Data delle dimissioni ___/___/___

Data segnalazione della SSCMI/2023 ___/___/___

Struttura di Ricovero _____

Reparto _____

Stato di immunodepressione sì no

se sì, specificare

- Immunodeficienza primitiva
- Immunodeficienze secondarie a trattamento farmacologico
- Altre gravi immunodeficienze
- Patologia oncologica
- Patologia onco-ematologica
- Diabete mellito e altre malattie metaboliche
- Malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinali
- Cirrosi epatica o epatopatia cronica grave
- Dialisi o insufficienza renale cronica
- Asplenia anatomica o funzionale
- Malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie
- Abuso patologico di sostanze

Segni e sintomi (per la definizione di caso: *qualsiasi persona che presenti almeno una delle seguenti due manifestazioni*)

- Lesioni cutanee
- Lesioni mucose

PRESENTAZIONE CLINICA

Dimensioni della lesione più grande:

- < 4 cm
- ≥ 4 cm
- Non conosciuta

Numero di lesioni:

- < 4 lesioni
- ≥ 4 lesioni
- Non conosciuto

ESAMI DI LABORATORIO

Gli esami sono stati condotti dal laboratorio regionale di riferimento (CRREM)? no sì il ___/___/___

Ricerca anticorpi specifici nel siero (per la definizione di caso: *almeno uno di questi criteri*)

Data prelievo ___/___/___

- RISPOSTA ANTICORPALE SPECIFICA - TEST ELISA
- RISPOSTA ANTICORPALE SPECIFICA - TEST IFAT
- RISPOSTA ANTICORPALE SPECIFICA - TEST CLIA

PCR qualitativa e/o PCR quantitativa (per la definizione di caso: *almeno uno di questi criteri*)

Data prelievo ___/___/___

- IDENTIFICAZIONE DELL'ACIDO NUCLEICO IN UN CAMPIONE CLINICO - MEDIANTE PCR
- IDENTIFICAZIONE DELL'ACIDO NUCLEICO IN UN CAMPIONE CLINICO - MEDIANTE QPCR

Esame microscopico (per la definizione di caso: *almeno uno di questi criteri*)

Data prelievo __ __ / __ __ / __ __ __ __

DIMOSTRAZIONE DELLA PRESENZA DELL'AGENTE (IN LESIONE CUTANEA CON ESAME MICROSCOPICO)

Esame coltura parassitaria (per la definizione di caso: *almeno uno di questi criteri*)

Data prelievo __ __ / __ __ / __ __ __ __

DIMOSTRAZIONE DELLA PRESENZA DELL'AGENTE (IN UN CAMPIONE CLINICO CON ESAME COLTURALE)

CLASSIFICAZIONE DI CASO:

- NO CASO
- POSSIBILE (solo criteri clinici)
- CONFERMATO (criteri clinici e di laboratorio)
 - Nuovo caso
 - Recidiva/Ricaduta

Caso collegato a un focolaio? * no sì Se sì, inserire la SSR1/2023

ESITO DELLA MALATTIA

Data esito __ __ / __ __ / __ __ __ __

- MIGLIORAMENTO
- GUARIGIONE
- PERSISTENZA DEI SINTOMI
- DIMISSIONE
- DECESSO
- ESAME AUTOPTICO
- ESITI INVALIDANTI
- NON NOTO

PERCORSO E REGIME TERAPEUTICO				
TERAPIA	Terapia completata	Terapia interrotta (reazioni avverse, decesso)	Perso al follow-up	NON NOTO
<input type="checkbox"/> Pulizia e igiene della lesione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antimonio pentavalente intralesione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Crioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Termoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Amfotericina B Liposomiale per via sistemica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> non specificato/non noto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data inizio terapia __ __ / __ __ / __ __ __ __

Data fine terapia __ __ / __ __ / __ __ __ __

