

ALLEGATO 2

SCHEMA DI NOTIFICA DI CASO DI SINDROME/INFEZIONE DA ROSOLIA CONGENITA

(riservato al Ministero della Salute) Codice identificativo _____

Regione _____	Provincia _____
Comune _____	ASL _____

Sezione 1 - INFORMAZIONI ANAGRAFICHE del PAZIENTE

Cognome _____	Nome _____	Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Codice SSN _____	Cittadinanza _____	
Luogo di nascita _____	data di nascita (gg/mese/anno) _____	Peso alla nascita in grammi _____
Residenza _____	Peso Non Noto <input type="checkbox"/>	Età Gestazionale (EG) in settimane _____
Via/piazza e numero civico _____	Comune _____	Provincia _____
Domicilio abituale, se diverso dalla Residenza _____		ASL _____
Età in cui è stata diagnosticata la rosolia congenita: Anni _____ Mesi _____ < 1 mese <input type="checkbox"/> Non Noto <input type="checkbox"/> Data diagnosi _____		

Sezione 2 - CARATTERISTICHE CLINICHE

Barrare la/e voce/i che interessano (S=SI, N=NO, NN=NON NOTO)

Segni e sintomi di Gruppo A	S	N	NN	Segni e sintomi di Gruppo B	S	N	NN
ipoacusia/sordità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	meningoencefalite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cataratta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	microcefalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ritardo mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
retinopatia pigmentosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	porpora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cardiopatìa congenita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	splenomegalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se cardiopatìa congenita, barrare la voce che interessa:</i>				epatomegalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pervietà dotto arterioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ittero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stenosi polmonare perifer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	radiolucenza ossa lunghe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
card. congenita non nota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
altra cardiopatìa, specificare _____							
Altri segni o sintomi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	se SI, specificare _____			
Bambino in vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se sì, data ultima valutazione del bambino _____			
				Se no, data di decesso _____			
autopsia eseguita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Referto anatomopatologico finale _____			
Causa di morte (dal relativo certificato)	1: _____			(iniziale)			
	2: _____			(intermedia)			
	3: _____			(finale)			