

SCHEDA DATI CLINICI PER TRASFERIMENTO PAZIENTI CON VAIOLO DELLE SCIMMIE (*Monkeypox*)

COGNOME E NOME DEL PAZIENTE	
DATA DI NASCITA	
GRADO DI AUTONOMIA	

Il paziente presenta un risultato positivo di un test di laboratorio sull'infezione da <i>Orthopoxvirus</i> (ad esempio PCR positiva specifica per <i>Orthopoxvirus</i> senza sequenziamento, microscopia elettronica o sierologia).	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
--	------------------------------------	------------------------------------

<p>Il paziente presenta esito positivo alla PCR specifica per <i>Orthopoxvirus</i>, confermato dalla determinazione della sequenza nucleotidica del virus rilevato come <i>Monkeypox</i> (MPXV).</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Sì</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">No</p>
<p>Il paziente presenta una eruzione cutanea non altrimenti spiegabile su qualsiasi parte del corpo (eruzione maculopapulare o vescicolo-pustolosa non altrimenti spiegabile, generalizzata o localizzata, a distribuzione centrifuga, con lesioni che presentano ombelicatura o crosta, con linfadenopatia e uno o più altri sintomi compatibili con il vaiolo delle scimmie).</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Sì</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">No</p>

<p>Il paziente possiede un link epidemiologico con un caso confermato o probabile di vaiolo delle scimmie nei 21 giorni precedenti la comparsa dei sintomi o esposizione prolungata faccia a faccia senza adeguati DPI o contatto con la pelle diretto o con lesioni cutanee (compreso il contatto sessuale) o contatto con materiali contaminati (indumenti o utensili);</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>Sì</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>No</p>
<p>Il paziente presenta uno o più altri sintomi di infezione da vaiolo delle scimmie: Febbre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, brividi, cefalea, spossatezza, dolori muscolari (mialgia), dolori articolari (artralgia), mal di schiena e ingrossamento dei linfonodi (linfadenopatia)</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>Sì</p> <p>SPECIFICARE QUALE</p> <hr/>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>No</p>

<p>Il paziente viene identificato come MSM</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Sì</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">No</p>
--	---	---

<p>Pressione arteriosa (entro ultima ora)</p>	<p style="text-align: center;">___/___mmHg</p>
<p>Frequenza cardiaca (entro ultima ora)</p>	<p style="text-align: center;">___BPM; Ritmica SI / NO</p>
<p>Frequenza respiratoria (entro ultima ora)</p>	<p style="text-align: center;">___ATTI/MINUTO</p>
<p>Temperatura Corporea (entro ultima ora)</p>	<p style="text-align: center;">_____°C</p>
<p>Altri sintomi in atto</p>	



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

**AZIENDA
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA**

“Mater Domini”

Catanzaro

Unità Operativa: Malattie Infettive e Tropicali

AREA COVID-19

Direttore: Prof. Carlo Torti



REGIONE CALABRIA

ESCLUSO COVID-19 (Tampone Antigenico o Molecolare)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
--	------------------------------------	------------------------------------

NOME E COGNOME DEL MEDICO COMPILATORE

RECAPITO TELEFONICO

DATA

FIRMA