

## SCHEMA DI SEGNALAZIONE EPATITE PEDIATRICA AD EZIOLOGIA IGNOTA

<b>ID:</b>	<b>REGIONE:</b>	
<b>Medico segnalatore:</b>	<b>e-mail:</b>	<b>tel.:</b>
<b>Data segnalazione:</b> /     /	<b>ASL di segnalazione:</b>	

Sezione 1: Dati demografici del caso			
Cognome (iniziali)		Nome (iniziali)	
Data di nascita (aaaa-mm-gg)	/ /	Comune di Residenza (prov.):	
Genere	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> non noto <input type="checkbox"/>	Cittadinanza:	

Sezione 2: Classificazione del caso
Probabile <input type="checkbox"/> Correlato epidemiologicamente <input type="checkbox"/> Escluso <input type="checkbox"/>

Sezione 3: Sintomatologia precedente (nelle 4 settimane precedenti l'esordio dell'epatite)		
Sintomo/Segno	presente	data di esordio
Anoressia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Cefalea	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Congiuntivite	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Debolezza	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Diarrea	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Dolore addominale	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Epatomegalia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Faringodinia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Febbre	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Feci ipocromiche	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Irritabilità/confusione	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Ittero	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Nausea/vomito	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Rash	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Sangue nelle feci	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Sintomi respiratori	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Urine ipercromiche	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
nessuno	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
non noti	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
altro	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Specificare:		

<b>Sezione 4: Sintomatologia (dall'esordio dell'epatite)</b>		
<b>Sintomo/Segno</b>	<b>presente</b>	<b>data di esordio</b>
Anoressia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Cefalea	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Congiuntivite	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Debolezza	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Diarrea	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Dolore addominale	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Epatomegalia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Faringodinia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Febbre	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Feci ipocromiche	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Irritabilità/confusione	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Ittero	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Nausea/vomito	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Rash	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Sangue nelle feci	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Sintomi respiratori	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Urine ipercromiche	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
non noti	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
altro	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Specificare:		

<b>Sezione 5: Complicanze</b>		
<b>Complicanza</b>	<b>presente</b>	<b>data di esordio</b>
Insufficienza epatica acuta	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Insufficienza midollare	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Insufficienza renale	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Emorragia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Encefalopatia epatica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Coma	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Sepsi	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
altro	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Specificare:		

<b>Sezione 6: Collocazione attuale</b>		
<b>Luogo di ricovero</b>	<b>presente</b>	<b>data</b>
Ricoverato Area Medica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Ricoverato Terapia Intensiva	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Ricoverato Unità Trapianti	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
non noto	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
altro	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Specificare:		

Sezione 7: Esito		
Esito	presente	data
Miglioramento/guarigione	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Ancora in trattamento	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
In attesa di trapianto	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Decesso da epatite grave	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Decesso non da epatite	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Decesso da causa non nota	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
non noto	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /

Sezione 8: Condizione pre-esistente	
Esito	presente
Nessuna	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Asma	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Asplenia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cardiopatìa	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Diabete	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Disordine genetico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Gravidanza	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Immunodeficienza/altro disordine immunitario	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Immunosoppressione	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Insufficienza midollare	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ipertensione	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Malattia autoimmunitaria	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Malattia endocrina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Malattia epatica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Malattia gastrointestinale	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Malattia metabolica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Malattia neuromuscolare	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Malattia polmonare	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Malattia renale	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Malattia reumatica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Obesità	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tubercolosi	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tumore	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Non nota	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Altro	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Specificare:	

Sezione 9: Infezione da SARS-CoV-2	
Pregressa infezione da SARS-CoV-2	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/>
Se sì, data della positività riscontrata:	/ /
Status vaccinale:	1 dose <input type="checkbox"/> 2 dosi <input type="checkbox"/> 3 dosi <input type="checkbox"/> 4 dosi <input type="checkbox"/> Numero non noto dosi <input type="checkbox"/> Non vaccinato <input type="checkbox"/> Status vaccinale non noto <input type="checkbox"/>
Data ultima dose vaccino	/ / Non nota <input type="checkbox"/>

Nome del vaccino somministrato come ultima dose	Non noto <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------------

Sezione 10: Indagini diagnostiche				
Esami ematologici	Indicare valore	Non valutato	Indeterminato	Data del test
ALT picco				/ /
AST picco				/ /
Fosfatasi alcalina picco				/ /
Bilirubina picco				/ /
INR picco				/ /

Agenti infettivi indagati <sup>1</sup>	Positivo	Negativo	Valutato ma risultato non disponibile	Non noto se valutato	Non valutato	Indeterminato	Data del test
HAV - PCR su sangue							/ /
HAV - PCR su feci							/ /
HAV: IgM							/ /
HAV: IgG							/ /
HEV: IgM							/ /
HEV: IgG							/ /
HEV - PCR su sangue							/ /
HEV - PCR su feci							/ /
HBV (HBsAg)							/ /
HBV: IgM anti-HBc							/ /
HCV (Ab)							/ /
HCV - PCR su sangue							/ /
HDV (Ab)							/ /
Adenovirus - PCR su campione respiratorio							/ /
Adenovirus - PCR su feci o tampone rettale							/ /
Adenovirus - PCR su sangue							/ /
Adenovirus - PCR su urine							/ /
Adenovirus - PCR altro campione							/ /
Adenovirus - PCR altro campione specificare:							
Adenovirus - sierologia							/ /
Adenovirus - Risultato tipizzazione:							/ /
Adenovirus - Ct cycle threshold (valore)							
Adenovirus - data misurazione valore Ct più basso							/ /
Astrovirus - PCR su feci o tampone rettale							/ /
Bartonella henselae - sierologia							/ /
Batteri patogeni enterici (altri) - PCR su feci o tampone rettale							/ /
Bocavirus - PCR su tampone faringeo							/ /
Borrelia burgdorferi - sierologia							/ /
Brucella Spp - sierologia							/ /
CMV - PCR su sangue							/ /
CMV - sierologia							/ /
EBV - PCR su sangue							/ /
EBV - sierologia							/ /

<sup>1</sup> Gli agenti infettivi elencati sono condivisi con quelli indicati nei sistemi di sorveglianza europei

Agenti infettivi indagati <sup>1</sup>	Positivo	Negativo	Valutato ma risultato non disponibile	Non noto se valutato	Non valutato	Indeterminato	Data del test
Enterovirus - PCR su feci o tampone rettale							/ /
Enterovirus - PCR su sangue							/ /
Enterovirus - PCR su tampone faringeo							/ /
HHV6 - PCR su sangue							/ /
HHV7 - PCR su sangue							/ /
HSV-1 - PCR su sangue							/ /
HSV-2 - PCR su sangue							/ /
Influenza - PCR su tampone faringeo							/ /
Legionella - Ag su urine o PCR su sangue							/ /
Leptosirosi - PCR su urine							/ /
Metapneumovirus umano - PCR su tampone faringeo							/ /
Micoplasma - IgM o PCR su sangue							/ /
Norovirus - PCR su feci o tampone rettale							/ /
Parainfluenza - PCR su tampone faringeo							/ /
Parechovirus - PCR sangue							/ /
Parvovirus - PCR sangue							/ /
Parvovirus - sierologia							/ /
Rhinovirus - PCR su tampone faringeo							/ /
Rotavirus - PCR su feci o tampone rettale							/ /
Salmonella - PCR su feci o tampone rettale							/ /
Sapovirus - PCR su feci o tampone rettale							/ /
SARS-CoV-2 - PCR su tampone faringeo							/ /
SARS-CoV-2 - sierologia (anti N)							/ /
SARS-CoV-2 - sierologia (anti S)							/ /
SARS-CoV-2 - Risultato tipizzazione:							/ /
Titolo anti streptolisinico							/ /
Varicella - sierologia							/ /
Virus respiratorio sinciziale - PCR su sangue							/ /
Virus respiratorio sinciziale - PCR su tampone faringeo							/ /
Esame colturale feci o tampone rettale - ricerca virus (inclusi adenovirus, enterovirus, rotavirus)	Risultato:						/ /
Esame coltura feci o tampone rettale - ricerca batteri (inclusi campylobacter, salmonella, shigella, E. coli 0157)	Risultato:						/ /
Esame colturale del campione faringeo (incluso Streptococco gruppo A)	Risultato:						/ /
Esame colturale (batteri/miceti) su sangue	Risultato:						/ /
Esame colturale (virus: Adenovirus, CMV, EBV, HSV, influenza) su sangue	Risultato:						/ /
Esame colturale su urine (se indicato, per batteri patogeni)	Risultato:						/ /
Altro esame colturale (se sì, specificare):	Risultato:						/ /

<sup>1</sup> Gli agenti infettivi elencati sono condivisi con quelli indicati nei sistemi di sorveglianza europei

<b>Tossicologia/farmaci</b>
<b>Tossicologia/farmaci</b>

Assunzione di farmaci nell'ultimo mese	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Specificare:	

Tossicologia/farmaci	Positivo	Negativo	Valutato ma risultato non disponibile	Non noto se valutato	Non valutato	Indeterminato	Data test
Indagini eventuali su sangue in base ad anamnesi (es. piombo, arsenico, mercurio, ecc.)							/ /
Indagini eventuali su urine in base ad anamnesi (es. piombo, arsenico, mercurio, ecc.)							/ /
Concentrazione picco farmaci in base ad anamnesi (es. paracetamolo, salicilati, ecc.)							/ /

Indagini strumentali	Effettuata	Sintesi referto	Data del test
Esame radiologico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		/ /
Ecografia addominale	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		/ /
TC	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		/ /
<b>Microscopia/Istologia</b>	<b>Effettuata</b>	<b>Sintesi referto</b>	<b>Data del test</b>
Es. Istologici			
Biopsia epatica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		/ /
Immunoistochimica (adenovirus/CMV/EBV etc)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

<b>Sezione 11: Altre informazioni</b>	
Ittero in famiglia (storia di ittero nei 2 mesi precedenti l'esordio sintomi del caso)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/>
Link epidemiologico ad altro caso:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/>
Se Sì, ID caso linkato:	
Viaggio nei 30 gg precedenti:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/>
Se Sì, luogo viaggio:	
SARS-CoV-2 in famiglia nei 2 mesi precedenti l'esordio sintomi del caso	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/>
Altro:	

