

Registro Italiano dei casi di infezione da SARS-Cov-2 in età pediatrica

Scheda raccolta dati

Centro/Ente/Istituto:

Medico responsabile: Tel. E-mail.....

1. DATI PAZIENTE

Iniziali nome – cognome Sesso [F] [M] Data di nascita/...../.... (gg/mm/aa)

Provincia (o Stato, se straniero) di nascita

Vaccinato/a per influenza stagionale 2019/20: Sì [] No [] Non noto []

Se sì, data vaccinazione:...../...../..... Nome commerciale vaccino:.....

Malattie croniche: Sì [] Quali..... No []

Terapie croniche: Sì [] Quali..... No []

Nato pretermine: Sì [] EG..... No []

2. DATI EPIDEMIOLOGICI

Contatto nei 30* giorni antecedenti i sintomi con caso noto o sospetto di Covid-19: Sì [] No []

Non noto [] Data contatto:...../...../..... Specificare tipo contatto:

.....

*La definizione OMS ed ECDC di caso sospetto prevede che il contatto sia avvenuto entro i 14gg; il limite temporale incluso nella presente scheda è volto ad escludere eventuali tempi di incubazione più lunghi, in attesa di maggiori informazioni scientifiche

Padre con infezione da virus SARS-Cov-2 Sì [] No [] data diagnosi/test:/...../.....

Madre con infezione da virus SARS-Cov-2 Sì [] No [] data diagnosi/test:/...../.....

N. fratelli/sorelle:, di cui con infezione da virus SARS-Cov-2 n° (scheda inviata al Registro:

Sì [] NO [], data diagnosi/test:/...../.....)

Viaggio nei 30 giorni antecedenti i sintomi in zona focolaio di Covid-19:

Sì [] No [] Non noto [] Data partenza:...../...../..... Data arrivo:...../...../.....

Specificare luogo:.....

3. CARATTERISTICHE CLINICHE

Data esordio primi sintomi/.....(gg/mm/aa)

Segni/sintomi (specificare data di comparsa di ciascuno, se disponibile) :

Febbre: Sì [] dal/...../.... No [] Se sì, specificare T max.....°C

Tosse: Sì [] dal/...../.... No []

Corizza: Sì [] dal/...../.... No []

Faringodinia: Sì [] dal/...../.... No []

Congiuntivite: Sì [] dal/...../.... No []

Dispnea Sì [] dal/...../.... No []

Altro Sì [] dal/...../.... No [] Se sì, specificare segni/sintomi

.....

Altro Sì [] dal/...../.... No [] Se sì, specificare segni/sintomi

.....

Prima visita medica: data...../...../.....

Effettuata da: Pediatra di libera scelta [] Pediatra privato [] 118/guardia medica [] Pronto soccorso [] Ambulatorio ospedaliero []

Esame obiettivo apparato

respiratorio:.....

Complicanze: Sì [] No [] Non noto []

Se sì, specificare:

Polmonite Sì [] No [] Non noto [] Data :....../...../.....

Polmonite di natura virale Sì [] No [] Non noto []

Polmonite batterica secondaria Sì [] No [] Non noto []

Polmonite mista Sì [] No [] Non noto []

Insufficienza respiratoria acuta (SARI) Sì [] No [] Non noto [] Data:....../...../.....

Acute Respiratory Distress Syndrome Sì [] No [] Non noto [] Data:....../...../.....

Altre complicanze (specificare) Sì [] No []

- 1) Data:../../.....
2) Data:../../.....
3) Data:../../.....

4. RICOVERO OSPEDALIERO

Data ammissione:../../..... Data dimissione:../../..... Data ultimo controllo:../../.....

Primo Reparto di ricovero: DEA/OBI [] Pediatria [] Malattie Infettive []

Terapia intensiva/rianimazione (UTI) [] Altro (specificare) [].....

Successiva necessità di trasferimento in UTI: Sì [] No []

Se sì, data trasferimento:../../..... Data dimissione da UTI: ../../.....

Intubazione e ventilazione invasiva: Sì [] No [] Durata (gg).....

C-PAP: Sì [] No [] Durata (gg).....

Alti flussi (HFNC): Sì [] No [] Durata (gg).....

ECMO: Sì [] No [] Durata (gg).....

5. ESAMI STRUMENTALI

Rx torace: Sì [] No []

Se sì, data esame:../../.....

Esito (specificare se polmonite interstiziale, addensamento focale, etc.):

.....

Controlli successivi:

1) data: ../../..... Esito:.....

2) data: ../../..... Esito:.....

3) data: ../../..... Esito:.....

4) data: ../../..... Esito:.....

TC torace: Sì [] No [] Se sì, data esame:../../.....

Esito.....

Altre indagini:

Leucocitosi Sì [] No [] (se sì, valore massimo:..... - data ../../.....)

Linfopenia Sì [] No [] (se sì, valore minimo:..... - data ../../.....)

PCR elevata Sì [] No [] (se sì, valore massimo e limiti rif. :..... - data .././../.....)
VES elevata Sì [] No [] (se sì, valore massimo:..... - data .././../.....)
ALT elevata Sì [] No [] (se sì, valore massimo:..... - data .././../.....)
LDH elevato No [] (valore iniziale data .././../..... val. massimo - data .././../.....)

Altro (specificare)

.....
.....

6. ESAMI VIROLOGICI

Campione per ricerca virus SARS-Cov-2:

Data esame (primo campione)/...../.....

Laboratorio locale Sì [] No [] Confermato da ISS Sì [] No []

Tipo campione: Tamponi nasale []
Tamponi faringeo []
BAL []
Altro (specificare) [].....

Data esame (secondo campione, se effettuato)/...../.....

Laboratorio locale Sì [] No [] Confermato da ISS Sì [] No []

Tipo campione: Tamponi nasale []
Tamponi faringeo []
BAL []
Altro (specificare) [].....

Ricerche per diagnosi concomitanti: Sì [] No []

Presenza di coinfezione: Sì [] No []

Se sì, specificare diagnosi e test utilizzato (antigene, PCR, sierologia, etc.):

Influenza A/B [].....
Altri Coronavirus [].....
Metapneumovirus [].....
RSV [].....
Mycoplasma pneumoniae [].....
Rhino/Enterovirus [].....
Altro (specificare) [].....
.....

Siero o altro materiale biologico in stock: No [] Sì [] specificare..... data...../...../.....
2° campione [] specificare..... data...../...../.....

7. TERAPIA

Farmaco	Via di somm.	Dosaggio (mg/kg)	Posologia (q6h, q8h...)	Inizio Trattamento (gg/mm/aa)	Fine Trattamento (gg/mm/aa)
1. _____	_____	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
2. _____	_____	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
3. _____	_____	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
4. _____	_____	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
5. _____	_____	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
6. _____	_____	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _

Giudizio finale sulla risposta alla terapia:.....

8. OUTCOME

Guarigione senza sequele []

Guarigione con sequele [] Specificare:.....

Decesso [] Data:/...../.....

Pz perso al follow-up []

Data ultimo controllo:/...../.....

Eventuali altre considerazioni:.....

Inviare la scheda per e-mail a:

SITIP – c/o Pentaeventi

sitip@pentaeventi.com

Dr.ssa Silvia Garazzino

silvia.garazzino@unito.it

Pediatria 2U ad Indirizzo Infettivologico

Città della Salute e della Scienza di Torino, Presidio Ospedale Infantile Regina Margherita

Piazza Polonia 94, 10126, Torino – Tel. 011.3131704; 333-2466363