

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

Scheda raccolta dati

Centro/Ente/Istituto: Cod. Centro |_|_|

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

1. DATI PAZIENTE

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

Provincia residenza (Stato di nascita se straniero) Cod. Paziente |_|_|

Vaccinazioni: influenza: Sì [] No [] Non noto [] Se sì, data:..../..../..... tipo vaccino:.....

Esavalente: n° dosi [] data:..../..../..... ultima dose PCV: n° dosi [] data:..../..../..... ultima dose

MenACYW: n° dosi [] data:..../..../..... ultima dose MPR: n° dosi [] data:..../..../..... ultima dose

Varicella: n° dosi [] data:..../..../..... ultima dose DTaP-IPV (4° dose): data:..../..../.....

Meningoc-B: n° dosi [] data:..../..../..... ultima dose Dtap -IPV (5° dose): data:..../..../.....

Altro vaccino: tipo...../dose... data:..../..../..... tipo...../dose...data:..../..../.....

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:..../...../..... (inizio) 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 []

Coriza: Sì [] dal/...../.... No []

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

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

Dispnea Si [] dal/...../.... No []

Diarrea Sì [] dal/...../.... No []

Specificare se altri segni/sintomi gastro-intestinali.....

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:

Polipnea¹ [] Ronchi [] Rantoli fini [] sibili espiratori [] riduzione murmure []

Altro specificare

Complicanze: Sì [] No [] Non noto [] Se sì, specificare:

Polmonite (su base clinica) Sì [] No [] Non noto [] Data :...../...../.....

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

Polmonite batterica secondaria (clinica) Sì [] No [] Non noto []

Polmonite mista (giudizio clinico) Sì [] No [] Non noto []

Infezione respiratoria acuta grave (SARI)² Sì [] No [] Non noto [] Data:...../...../.....

Insuffic. respiratoria acuta (SaO₂ ≤ 92%) Sì [] No [] Non noto [] Data:...../...../.....

Acute Respiratory Distress Syndrome³ Sì [] No [] Non noto [] Data:...../...../.....

Altre complicanze (specificare) Sì [] No []

1) Data:...../...../.....

2) Data:...../...../.....

4. RICOVERO OSPEDALIERO

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

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

Terapia semintensiva [] Terapia intensiva (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).....

Ossigenoterapia 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:..../..../..... Ecografia Sì [] No [] data:..../..../.....

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

Esito.....

opacità vetro smerigliato Sì [] No [] aree di consolidamento Sì [] No []

opacità alveolari multifocali Sì [] No [] broncogramma aereo Sì [] No []

coinvolgimento bilaterale Sì [] No [] versamento pleurico Sì [] No []

Altro

Controlli successivi:

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

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

3) data:/..../..... 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 :..... - data/..../.....) (v.norm.....)

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/..../.....)

CPK elevato No [] (valore iniziale data/..../..... val. massimo - data/..../.....)

Ferritina elevata No [] (valore iniziale data/..../..... val. massimo - data/..../.....)

IL6 (range ... /... pg) elevato No [] (iniziale data/..../..... val. massimo - data/..../.....)

* In riferimento ai valori normali per età: Stanley F. Reference Intervals for Laboratory Tests and Procedures – Nelson textbook of pediatrics, 20th Edition, 2016 - chapter 727 pg 3464 - 3472

Altre indagini (specificare)

.....
.....

6. ESAMI VIROLOGICI/MICROBIOLOGICI

Campione per ricerca virus SARS-Cov-2:

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

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

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

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

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

Tipo campione: Tamponi nasale [] naso-faringeo []
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/materiale biologico conservato: No [] Sì [] specificare..... data...../...../..... 2° campione [] specificare..... data...../...../..... Altro [] 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:**/...../.....

Paziente perso al follow-up []

Dimesso con tampone negativo [] **Data:**/...../..... [] **positivo** [] **Data:**/...../.....

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		

Data | | | | | | | 2020 **Codice scheda** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
cog nom sex giorno mese anno cod centro n° progress

Riferimenti _____

¹ Polipnea: bambino <1aa frequenza ≥ 50 /min bambino 1-5 anni frequenza ≥ 40 /min; >5 anni ≥ 25 /min
² **Definizione di SARI (*severe acute respiratory infection*):** almeno un segno/sintomo respiratorio (tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie) presenti al momento del ricovero o nelle 48 ore successive e •almeno un segno o sintomo sistemico (febbre o febbre di basso grado, cefalea, mialgia, malessere generalizzato) o deterioramento delle condizioni generali (astenia, perdita di peso, anoressia o confusione e vertigini), nei 7 giorni precedenti.
³ **Definizione di ARDS (*syndrome da distress respiratorio acuto*):** sindrome infiammatoria polmonare, caratterizzata da lesioni alveolari diffuse ed aumento della permeabilità dei capillari polmonari, con incremento dell'acqua polmonare extracapillare, definito come edema polmonare non cardiaco, che richieda un ricovero ospedaliero in UTI e/o il ricorso alla terapia in ECMO in soggetto con documentata infezione da virus influenzale. Clinicamente l'ARDS è caratterizzata da una dispnea grave, tachipnea e cianosi, nonostante la somministrazione di ossigeno, riduzione della "compliance" polmonare ed infiltrati polmonari bilaterali diffusi a tutti i segmenti. Secondo l'AECC la diagnosi di ARDS può essere posta qualora siano presenti i seguenti criteri: •insorgenza acuta della malattia; •indice di ossigenazione PaO₂/FiO₂ inferiore a 200 mmHg, indipendentemente dal valore PEEP (Positive End Expiratory Pressure); •infiltrati bilaterali alla radiografia toracica in proiezione antero-posteriore; •pressione di chiusura dei capillari polmonari (PCWP) inferiore a 18 mmHg, esclusa l'origine cardiaca dell'edema polmonare.