



LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA

Esami virologici da effettuarsi in caso di sospetta o probabile infezione con il nuovo virus influenzale S-OIV (A/H1N1).

Ai fini degli accertamenti relativi all'infezione da virus di origine suina (S-OIV A/ H1N1), si riportano le istruzioni operative su tipologia di campioni, modalità di trasporto e consegna dei campioni diagnostici al Laboratorio di Virologia dell'INMI "L. Spallanzani" e Laboratorio di Microbiologia Policlinico Gemelli, da parte di **Istituzioni Esterne**.

1. Tipologia di campioni

Fase della malattia	Tipologia di campioni
<i>I) Inizio sintomatologia</i>	<ul style="list-style-type: none">- Prelievo del tratto respiratorio superiore o inferiore (tamponi faringeo o nasofaringeo o Bal o altro a giudizio del clinico)- Siero (1 provetta)
<i>II) Fasi avanzate della malattia</i>	<ul style="list-style-type: none">- Prelievo del tratto respiratorio superiore o inferiore (tamponi faringeo o nasofaringeo o Bal o altro a giudizio del clinico)- Sangue per sierologia (1 provetta)
<i>III) ≥ 14 giorni dall'esordio in assenza di sintomatologia (siero convalescente)</i>	<ul style="list-style-type: none">- Sangue per sierologia (1 provetta)

2. Modalità di prelievo dei campioni respiratori

Tratto respiratorio superiore

1. Tampone nasofaringeo (NF)/orofaringeo(OF):

eseguire il tampone faringeo avendo cura di raccogliere una buona quantità di secrezione, utilizzando i tamponi associati agli appositi Kit di trasporto virale, o tamponi secchi (preferenzialmente in dacron) da inserire in provette con liquido di trasporto virale sterile, o, in alternativa, soluzione fisiologica, o PBS, o terreno MEM o RPMI (volume 2 ml). Per arricchire il campione è necessario ripetere il campionamento più di una volta, utilizzando almeno 2 differenti tamponi e stemperando comunque i tamponi in un'unica provetta. **In nessun caso i tamponi vanno conservati a secco oppure introdotti nei preparati per microbiologia.**



Regione Lazio



LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA

2. Liquido di lavaggio nasofaringeo: dopo avere instillato profondamente in ciascuna narice 1-2 ml di soluzione fisiologica sterile, aspirare il liquido con una pompetta sterile e porlo in una provetta sterile.

Tratto respiratorio inferiore

I prelievi del tratto respiratorio inferiore sono eseguiti solo in casi eccezionali. Raccogliere l'espettorato o il lavaggio broncoalveolare (Bal) in una provetta sterile.

3. Confezione e trasporto

Il trasporto dei campioni diagnostici al laboratorio va eseguito secondo le correnti *raccomandazioni per la sicurezza del trasporto di materiali infettivi e di campioni diagnostici*.

Il trasporto deve essere effettuato entro le 24 ore a + 4°C. Per tempi di consegna più prolungati, il campione respiratorio va congelato e trasportato in ghiaccio secco, mentre i campioni di sangue vanno sierati e separati prima del congelamento, e va inviata solo la frazione sierica.

4. Etichettatura dei campioni e documentazione

Su ogni singolo campione deve essere apposta un'etichetta riportante a chiare lettere il nome del paziente, la tipologia del campione (sangue, tampone faringeo, Bal, ecc.) e la data di prelievo. Le informazioni riportate sulle provette **devono essere coerenti** con quelle inserite nell'allegato A2.

I prelievi devono essere accompagnati da:

Scheda informativa (allegato 1), in cui vanno riportate tutte le informazioni disponibili.

Allegato A2 compilato in ogni sua parte, con l'indicazione: "Indagini virologiche per sospetta", infezione con S-OIV (A/H1N1).

Poiché i test diagnostici completi possono comprendere indagini accessorie e/o di conferma, come ad es. ripetizione di PCR con primer diversi, identificazione degli isolati con PCR e/o sequenziamento, ecc., secondo le indicazioni che vengono periodicamente aggiornate dall'OMS e dai CDC, la regolarizzazione amministrativa delle indagini eseguite verrà effettuata a consuntivo dei test eseguiti, in maniera concordata tra i centri di riferimento e l'Istituzione richiedente.

In calce all'allegato va specificato il numero di fax al quale inviare il referto.

5. Consegna dei campioni

Gli indirizzi cui inviare i campioni sono:

Per le ASL RM B, RM C, RM D, RM H, FR, LT e le Aziende Ospedaliere, Universitarie e IRCCS che sono ubicate nei territori di tali ASL:

Laboratorio di Virologia

Padiglione Baglivi

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "L. Spallanzani"



Regione Lazio



LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA

**Via Portuense 292
00149 Roma**

Prima di inviare il campione, è indispensabile **prendere contatti diretti con il Laboratorio**.
Il Laboratorio di Virologia è attivo **h24**.

Il virologo di turno può essere reperito ai seguenti numeri:

- 0655170666
- 0655170674
- 3204343793

Per le ASL RMA, RME, RMF, RMG, RI e VT e le Aziende Ospedaliere, Universitarie e IRCCS che sono ubicate nei territori di tali ASL:

i campioni dovranno essere consegnati agli
**infermieri triage del Pronto Soccorso del Policlinico Gemelli
Largo Agostino Gemelli 8 - 00168 - Roma, telefono: 0630154036,
oppure 0630151**, specificando che si tratta di campioni sospetti per
influenza A/H1N1, che devono essere immediatamente processati dal
Microbiologo reperibile. Il personale del Pronto Soccorso
provvederà ad avvisare il Microbiologo.

Il Laboratorio di Microbiologia è diretto dal Prof. Giovanni Fadda tel. 06 30154964.

6. Esecuzione degli esami e trasmissione dei risultati

Test rapido: Il test rapido, se non eseguito in loco, verrà effettuato in laboratorio alla ricezione del campione. Il risultato sarà inviato via fax al numero indicato sull'allegato sinottico entro di norma 1 ora dal ricevimento in laboratorio.

Esami molecolari: La ricerca del virus dell'influenza A mediante RT-PCR verrà eseguita su tutti i campioni respiratori, e, se positiva, verrà seguita da ulteriori approfondimenti per tipizzare il virus. I risultati saranno comunicati nel più breve tempo possibile, compatibilmente con l'esecuzione di test accessori per circostanziare la diagnosi.

Esami sierologici e diagnosi differenziale: I risultati delle indagini sierologiche e della eventuale diagnostica differenziale saranno disponibili nei tempi previsti per la diagnostica virologica standard.

Si raccomanda di indicare chiaramente nell'allegato A2 il numero di fax per la trasmissione dei risultati.



Regione Lazio



LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA

ALLEGATO 1

Scheda notizie per la diagnosi virologica in caso di sospetta o probabile infezione con il nuovo virus influenzale S-OIV (A/H1N1).

Data _____

Reparto/Ospedale di provenienza _____

1. DATI IDENTIFICATIVI

Cognome _____ Nome: _____ sesso: M F

Luogo di nascita (città o nazione estera) _____

Data di nascita |__|_|_|

Nazionalità: Italiana altra specificare _____

Domicilio abituale:

Nazione _____

Regione _____

Comune _____ Prov. _____

Indirizzo _____ n. _____ Cap _____

Tel. _____ cell. _____

Residenza (se diversa da domicilio):

Nazione _____

Regione _____

Comune _____ Prov. _____

Indirizzo _____ n. _____ Cap _____

Tel. _____ cell. _____

2. DATI EPIDEMIOLOGICI

Possibile esposizione:

Viaggio in zone a rischio NO SI specificare zona _____

Data rientro in Italia _____



Regione Lazio



LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA

Compagnia aerea _____

n° di volo e Paese di provenienza _____

Contatti stretti con persona con Influenza H1N1:

NO SI (possibile o probabile)

Tipo di contatto essersi preso cura aver coabitato contatto diretto con secrezioni
respiratorie non noto

Situazione in cui si è verificato il contatto abitazione struttura sanitaria viaggio non noto

Nome e cognome possibile caso fonte _____

Località dove è avvenuto il contatto _____

Data di ultima possibile esposizione _____

Vaccinato per influenza stagionale: NO SI

specificare data ultima dose vaccino _____

3. DATI CLINICI

Sintomatico NO SI se si specificare:

Data insorgenza sintomi _____

febbre al momento del ricovero NO SI se si riportare temperatura _____

Sintomi generali:

cefalea NO SI

malessere generale NO SI

astenia NO SI

altro _____

Sintomi respiratori:

Tosse NO SI

Faringodinia NO SI

Congestione nasale NO SI

Dispnea NO SI

Altri sintomi NO SI se si specificare _____

Radiografia del torace:

Negativa per polmonite Reperti di polmonite non eseguita



Regione Lazio



LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA

Altro _____

4. ACCERTAMENTI DI LABORATORIO

Campioni clinici inviati :

Tampone nasale NO SI data raccolta ___/___/___

Tampone faringeo NO SI data raccolta ___/___/___

Espettorato NO SI data raccolta ___/___/___

BAL NO SI data raccolta ___/___/___

Test rapido eseguito NO SI se Si specificare ora _____ risultato ___ ora _____

Inviare referto a _____

RT-PCR eseguito NO SI se Si specificare ora _____ risultato ___ ora _____

Inviare referto a _____

Sequenziamento NO SI se Si specificare ora _____ risultato ___ ora _____

Inviare referto a _____

Sangue per sierologia 1 NO SI se Si specificare

ora _____ risultato ___ ora _____

Sangue per sierologia 2 NO SI se Si specificare

ora _____ risultato ___ ora _____

5. ESITI

Terapia specifica NO SI se si indicare

farmaco _____ dose _____

data inizio _____ data fine _____

Esito del caso:

Dimesso deceduto perso al follow up trasferito presso _____ - _____

Ricovero NO non noto SI se si specificare data ricovero _____



Regione Lazio



LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA

Reparto _____

Ricovero in isolamento NO SI non noto

Ventilazione assistita NO SI non noto

Isolamento Domiciliare NO SI

Classificazione del caso alla presentazione:

sospetto probabile

Classificazione finale:

confermato escluso

Possibili contatti

Nei sette giorni precedenti il paziente ha avuto contatti in

Famiglia n. _____

Collettività specificare n. _____

Note _____



Regione Lazio



LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA

ALLEGATO "A"/2

DA:

RICHIEDENTE: _____

RAGIONE SOCIALE (SE DIVERSA DAL RICHIEDENTE): _____

INDIRIZZO: _____

PARTITA IVA: _____

A: _____

consulenza

prestazione diagnostico-terapeutica

COGNOME E NOME	RICHIESTA

MEDICO RICHIEDENTE _____ DATA _____

FIRMA E TIMBRO DEL DIRETTORE SANITARIO
DELLA STRUTTURA RICHIEDENTE

PARTE DA COMPILARE A CURA DELL'ISTITUTO – CHE EFFETTUA LA PRESTAZIONE

PRESTAZIONI ESEGUITE IL: _____

PRESTAZIONI ESEGUITE	IMPORTO

FIRMA E TIMBRO DI CHI EFFETTUA LA PRESTAZIONE

FIRMA E TIMBRO DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO



Regione Lazio