	SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE PIEMONTE Azienda Sanitaria Locale 3 Cso. Svizzera, 164 - 10149 TORINO - Tel. 011/4393111 Codice Fiscale 03127980013 <u>UOa P.R.I.</u>	PROCEDURA OPERATIVA DA ADOTTARE IN CASO DI ESPOSIZIONE A PAZIENTE CON SOSPETTA MENINGITE	P.O.02/04 Rev. 00 Pag. 1 di Pag. 16

<u>TIPO DI DOCUMENTO</u>	Procedura Operativa
--------------------------	---------------------

<u>ELABORAZIONE</u>	Dott. Macor A.; ICI Bonfanti M., ICI Fanton C.	Data: luglio 2004
---------------------	---	-------------------

INDICE

1. Introduzione	pag. 2	
2. Scopo	pag. 3	
3. Campo di applicazione	pag. 3	
4. Terminologia, abbreviazioni, simboli	pag. 3	
5. Responsabilità	pag. 5	
6. Descrizione delle attività	pag. 6	
7. Riferimenti bibliografici	pag. 7	
8. Registrazione ed archiviazione	pag. 7	
9. Allegati		
allegato 1 Precauzioni standard		pg. 8
allegato 2 Precauzioni aggiuntive di tipo "d" per le patologie a trasmissione attraverso i droplet (> ai 5 micron)		pg. 9
allegato 3 Scheda di denuncia obbligatoria di malattia infettiva classe II		pg. 10
allegato 3 bis Scheda di denuncia obbligatoria di focolaio epidemico, classe IV		pg. 12
allegato 4 Criteri per l'identificazione dei contatti a rischio		pg. 14
allegato 5 Profilassi post - esposizione		pg. 15
allegato 6 Scheda di verifica dell'applicazione		pg. 16

<u>APPROVAZIONE</u>	CIO	Dott. ^{ssa} M.L. Soranzo	<i>Firma</i>	Data <hr/>
	D.S. OMV	Dott. ^{ssa} M.T. Sensale	<i>Firma</i>	
	D.S. OAS/OBV	Dott. Morandi M.	<i>Firma</i>	
	Direttore U.O.a.		<i>Firma</i>	
	Coordinatore U.O.a.		<i>Firma</i>	

<u>DIFFUSIONE</u>	Tutti i Reparti e servizi ASL 3	Data:
-------------------	--	-------

<u>VERIFICA APPLICAZIONE</u>	RESPONSABILITA' ▪ Direttore U.O. ▪ Caposala U.O.	FREQUENZA <u>PUNTUALE</u>
------------------------------	---	--

<u>REVISIONE</u>	Rev. n°	Data	Descrizione modifiche	A cura di

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE PIEMONTE Azienda Sanitaria Locale 3 Cso. Svizzera, 164 - 10149 TORINO - Tel. 011/4393111 Codice Fiscale 03127980013 <u>UOa P.R.I.</u>	PROCEDURA OPERATIVA DA ADOTTARE IN CASO DI ESPOSIZIONE A PAZIENTE CON SOSPETTA MENINGITE	P.O.02/04 Rev. 00 Pag. 2 di Pag. 16
--	---	---

1. INTRODUZIONE

La meningite è la più nota infezione del SNC accompagnata ancora oggi da morbilità e mortalità elevate. Tale sindrome clinica può essere causata da differenti microrganismi, di cui solo *Neisseria meningitidis* ed *Haemophilus influenzae* richiedono misure di prevenzione.

Le meningiti batteriche si presentano in modo sporadico ed epidemico e sono caratterizzate da esordio brusco, in rari casi e nelle forme invasive è presente delirio e coma.

EZIOLOGIA: batterica (le forme più comuni sono sostenute da *H. influenzae*, *N. meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*) e/o virale

CLASSIFICAZIONE: le meningiti si possono distinguere in

1. *Meningite a liquor limpido* = generalmente ad eziologia virale → Non necessario alcun tipo di isolamento ed alcun tipo intervento nei confronti dei contatti
2. *Meningite a liquor torbido* = in caso di sospetta eziologia da *N. meningitidis* e da *H. influenzae* → Adottare le misure d'isolamento aggiuntive per malattie a trasmissione attraverso i Droplet (vedi allegato 2).

SERBATOIO: l'uomo nelle meningiti batteriche. Per le meningiti virali occorre fare riferimento all'agente eziologico specifico.

SINTOMATOLOGIA: I principali sintomi nell'adulto sono rappresentati da:

- cefalea continua, intensa, di tipo gravativo, accentuabile se il paziente è sottoposto a stimoli (contatti, movimenti, luci, rumori)
- Vomito di tipo cerebrale
- Contratture muscolari (decubito "a cane di fucile", opistotono, rigidità nucale)

Inoltre possono essere presenti altri sintomi neurologici (convulsioni, strabismo, turbe sensoriali e vasomotorie, ...).

Tutti i pazienti con febbre e cefalea e almeno uno degli altri segni o sintomi devono essere considerati come casi clinici sospetti.

MODALITA' DI TRASMISSIONE: la trasmissione avviene per contatto diretto ed attraverso le goccioline nasali e faringee (droplets) espulse da persone infette con la fonazione, la tosse e gli starnuti.

Nelle forme ad eziologia virale la trasmissione può avvenire attraverso le feci.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE PIEMONTE Azienda Sanitaria Locale 3 Cso. Svizzera, 164 - 10149 TORINO - Tel. 011/4393111 Codice Fiscale 03127980013 <u>UOa P.R.I.</u>	PROCEDURA OPERATIVA DA ADOTTARE IN CASO DI ESPOSIZIONE A PAZIENTE CON SOSPETTA MENINGITE	P.O.02/04 Rev. 00 Pag. 3 di Pag. 16
--	---	---

PERIODO DI INCUBAZIONE: per la meningite meningococcica varia da 2 a 10 giorni (solitamente 3 - 4 giorni); per la meningite causata da Haemophilus influenzae il periodo di incubazione è breve (2 - 4 giorni) Nella meningite virale varia in funzione dell'agente eziologico.

Nel soggetto immunocompetente, le forme più comuni di meningite batterica sono quelle sostenute da **Pneumococco**, da **H. influenzae** e **Meningococco**.

La forma da **Pneumococco** è in genere conseguenza di interessamento meningeo secondario a propagazione di processi infettivi a partenza dalle vie aeree o dall'orecchio, e come tale non è trasmissibile da persona a persona.

La forma da **H. influenzae** è di pertinenza quasi esclusiva dell'età pediatrica.

La forma da **Meningococco (Neisseria meningitidis)** è quindi l'unica che può rappresentare un rischio reale per l'operatore sanitario.

NOTIFICA: La malattia, virale o batterica, è soggetta a notifica come malattia infettiva di Classe II, da parte del medico che pone la diagnosi, entro 48 ore dall'osservazione del caso (modulo di notifica in allegato 3).

La malattia ad eziologia da Haemophilus influenzae è soggetta a notifica come malattia infettiva di Classe V, da parte del medico che pone la diagnosi, entro 24 ore dall'osservazione del caso (modulo di notifica in allegato 3 bis).

3. SCOPO

Fornire agli operatori sanitari:

1. indicazioni e norme di comportamento per individuare ed isolare precocemente i casi di meningite allo scopo di limitare la trasmissione interumana della malattia
2. indicazioni e norme di comportamento da adottare in caso di esposizione a pazienti con sospetta meningite

4. CAMPO DI APPLICAZIONE

Operatori Sanitari esposti a pazienti con meningite contagiosa

5. TERMINOLOGIA, ABBREVIAZIONI, SIMBOLI

Caso clinico: persona che presenta i segni ed i sintomi della malattia oggetto dello studio.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE PIEMONTE Azienda Sanitaria Locale 3 Cso. Svizzera, 164 - 10149 TORINO - Tel. 011/4393111 Codice Fiscale 03127980013 <u>UOa P.R.I.</u>	PROCEDURA OPERATIVA DA ADOTTARE IN CASO DI ESPOSIZIONE A PAZIENTE CON SOSPETTA MENINGITE	P.O.02/04 Rev. 00 Pag. 4 di Pag. 16
--	---	---

Contatto (in senso lato): persona che in seguito a "vicinanza" con una persona infetta, abbia avuto la possibilità di acquisire l'infezione.

Contatti stretti: soggetti che frequentano "regolarmente" (quotidianamente) il domicilio del paziente, partners sessuali, compagni di classe, colleghi di lavoro che condividano la stessa stanza, operatori sanitari esposti.

Conviventi: tutti coloro che condividono con il paziente la stessa abitazione.

Coorti: Sistemazione spaziale per medesima condizione patologica

DPI: dispositivo di protezione individuale. E' tale qualsiasi dispositivo, indossato dal lavoratore durante la propria prestazione d'opera, atto a proteggerlo dall'esposizione a rischi lavorativi (biologici, chimici, fisici, ecc.).

Droplets: goccioline con diametro maggiore di 5 micron, emesse parlando starnutendo e tossendo, provenienti dalla faringe e dalle alte vie respiratorie, destinate a depositarsi nel raggio di circa un metro.

Notifica: segnalazione da parte del medico, alle autorità Sanitarie competenti, di qualsiasi malattia infettiva e diffusiva pericolosa per la salute pubblica

Precauzioni standard: (CDC 1996) sono tali tutte le misure protettive a carattere generale che l'operatore sanitario deve mettere in atto sistematicamente quando assiste un paziente, indipendentemente dalla conoscenza dello stato infettivo del paziente stesso (es. lavaggio mani, uso dei guanti, ecc) (allegato 1).

Precauzioni Aggiuntive: (CDC 1996), sono precauzioni da applicare, in aggiunta alle precauzioni standard, durante l'assistenza a pazienti con infezione trasmissibile per via aerea, attraverso droplet, per contatto (allegato 2).

SISP: Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Triage: metodo con il quale si effettua la scelta e l'assegnazione di priorità assistenziali ai pazienti di un'area critica (area di accoglienza di un Pronto Soccorso)

UOa PRI: Unità Operativa Prevenzione Rischio Infettivo

SNC: Sistema Nervoso Centrale

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE PIEMONTE Azienda Sanitaria Locale 3 Cso. Svizzera, 164 - 10149 TORINO - Tel. 011/4393111 Codice Fiscale 03127980013 <u>UOa P.R.I.</u>	PROCEDURA OPERATIVA DA ADOTTARE IN CASO DI ESPOSIZIONE A PAZIENTE CON SOSPETTA MENINGITE	P.O.02/04 Rev. 00 Pag. 5 di Pag. 16
--	---	---

Sorveglianza sanitaria: obbligo di sottoporsi a controlli da parte dell'Autorità sanitaria, senza restrizione dei movimenti, per un periodo di tempo pari a quello massimo di incubazione della malattia.

Sorveglianza clinica: ricerca giornaliera, in conviventi e contatti di un paziente affetto da malattia trasmissibile, di segni e sintomi riferibili ad essa.

6. RESPONSABILITA'

L'adozione delle misure descritte nel presente documento deve avvenire in maniera sistematica da parte di tutto il personale sanitario infermieristico e medico, nel rispetto delle specifiche competenze professionali ed in relazione alle singole attività descritte nel documento.

In dettaglio

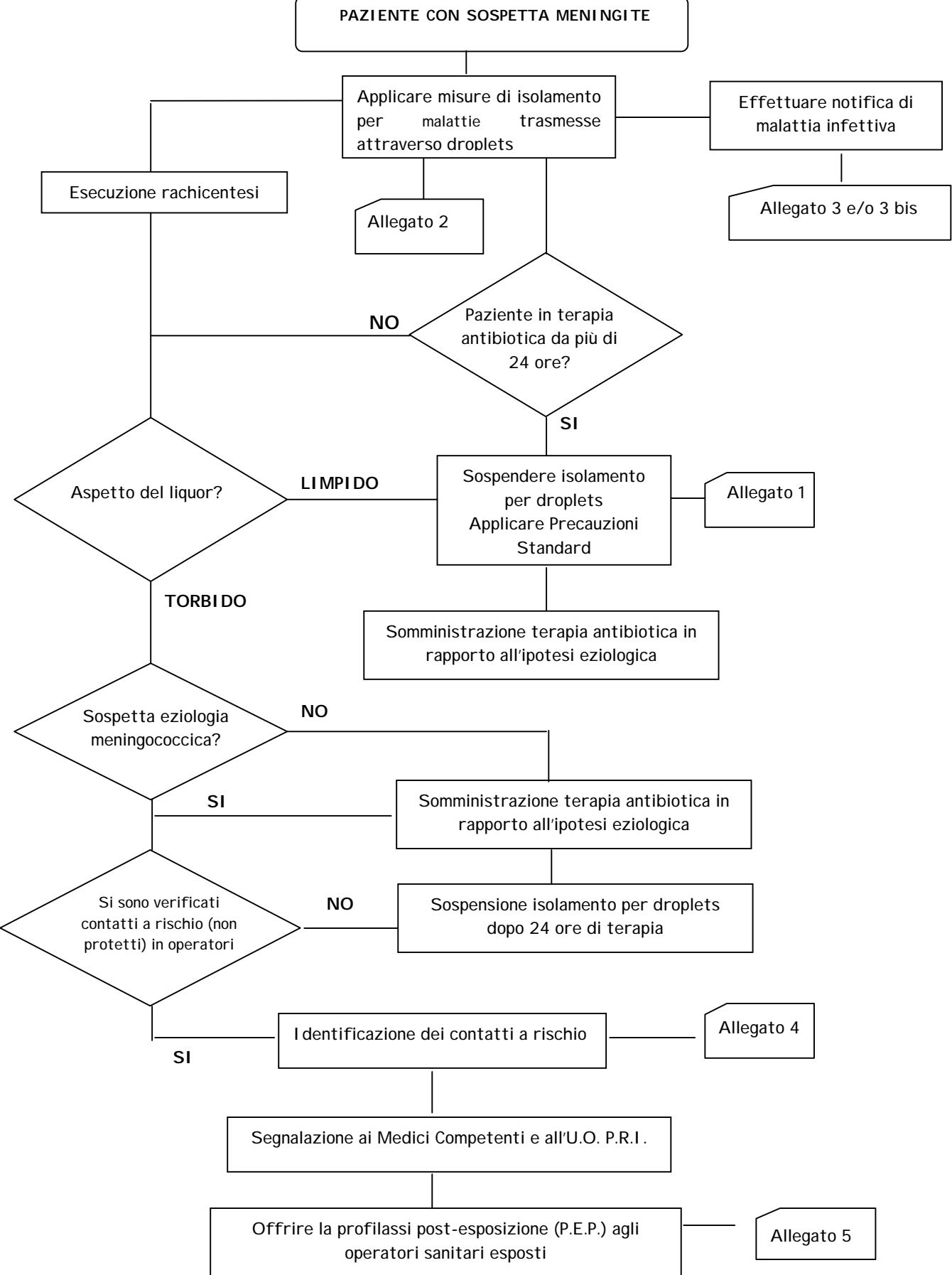
Figure Professionali Attività	Medico	Personale infermieristico	Personale di supporto
Valutazione segni e sintomi	R	R	C
Esecuzione rachicentesi	R	C	C
Applicazione misure di isolamento	R	R	C
Notifica di malattia infettiva su apposito modello	R	/	/
Identificazione dei contatti a rischio	R	R	/
Segnalazione alla'UOa Medici Competenti e all'UOa Prevenzione Rischio Infettivo dei contatti a rischio	R	R	/

Legenda

C = Coinvolto

R = Responsabile

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE PIEMONTE Azienda Sanitaria Locale 3 Cso. Svizzera, 164 - 10149 TORINO - Tel. 011/4393111 Codice Fiscale 03127980013 <u>UOa P.R.I.</u>	PROCEDURA OPERATIVA DA ADOTTARE IN CASO DI ESPOSIZIONE A PAZIENTE CON SOSPETTA MENINGITE	P.O.02/04 Rev. 00 Pag. 7 di Pag. 16
--	---	---

7. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Guideline for Isolation Precautions in Hospital. Center for Disease Control, Atlanta, U.S.A. 1996
2. Control and Prevention of meningococcal Disease: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR, vol 46. No. RR-5
3. Abram S. Benenson "Manuale per il controllo delle malattie trasmissibili" sedicesima edizione, DEA editore, 1995
4. Decreto Ministero Sanità 15 dicembre 1990' "Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse"
5. Ministero della Sanità: circolare n. 4 del 13 marzo 1998 "Misure di profilassi per le esigenze in sanità pubblica. Provvedimenti da adottare nei confronti dei soggetti affetti da alcune malattie infettive e nei confronti dei loro conviventi.
6. Regione Piemonte: Raccomandazione del 15 agosto 1999 per l'applicazione della circolare n. 4
7. Azienda Sanitaria Regionale ASL 3 - Linee guida per le misure d'isolamento in ospedale -, a cura del gruppo di ricerca sui protocolli, Direzione Sanitaria Amedeo di Savoia, Dicembre 1998

8. ARCHIVIAZIONE

8.1 Presso i reparti e servizi ospedalieri dell'ASL 3

Il presente documento deve essere presente presso tutte le UU.OO. ed i servizi dell'ospedale Maria Vittoria e del Comprensorio Ospedaliero Amedeo di Savoia e Birago di Vische, ed archiviato in luogo facilmente accessibile a tutti gli operatori sanitari.

Il documento deve essere reso disponibile durante le visite di controllo effettuate dalle Direzioni Sanitarie e dall'UOa P.R.I.

8.2 Presso l'UOa PRI dell'ASL 3

Il presente documento deve essere presente presso gli uffici dedicati alla sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere dell'ospedale Maria Vittoria e del Comprensorio Ospedaliero Amedeo di Savoia e Birago di Vische.

9. ALLEGATI

- ALLEGATO 1: Precauzioni standard
- ALLEGATO 2: Precauzioni aggiuntive per le patologie a trasmissione attraverso droplet
- ALLEGATO 3: Scheda di denuncia obbligatoria di malattia infettiva, Classe II
- ALLEGATO 3 bis: Scheda di denuncia obbligatoria di focolaio epidemico, Classe IV
- ALLEGATO 4: Criteri per l'identificazione dei contatti a rischio
- ALLEGATO 5: Profilassi post esposizione
- ALLEGATO 6: Scheda di verifica dell'applicazione

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE PIEMONTE Azienda Sanitaria Locale 3 Cso. Svizzera, 164 - 10149 TORINO - Tel. 011/4393111 Codice Fiscale 03127980013 <u>UOa P.R.I.</u>	PROCEDURA OPERATIVA DA ADOTTARE IN CASO DI ESPOSIZIONE A PAZIENTE CON SOSPETTA MENINGITE	P.O.02/04 Rev. 00 Pag. 8 di Pag. 16
--	--	---

ALLEGATO 1

PRECAUZIONI STANDARD

Si applicano a tutti i pazienti ricoverati in ospedale senza tenere conto del sospetto o della diagnosi di infezione: si applicano al sangue, a tutti i liquidi organici, secrezioni ed escrezioni, cute non intatta e mucose.

L'operatore deve:

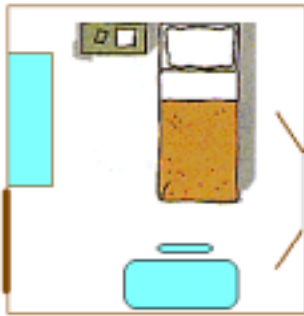
- ✓ Lavare le mani dopo aver toccato sangue e liquidi biologici, secrezioni, escrezioni; l'aver indossato i guanti non riduce la frequenza del lavaggio delle mani
- ✓ Lavare le mani dopo aver rimosso i guanti
- ✓ Scegliere tra il lavaggio semplice ed antisettico in relazione al tipo di manovre che si intende compiere o che si è compiuta
- ✓ Utilizzare appropriati Dispositivi di Protezione (DPI) per le manovre in cui si prevede di contaminarsi (guanti, mascherina, mascherina con visiera, visiera, camici)
- ✓ Rimuovere i DPI con attenzione ed eliminarli nei rifiuti speciali
- ✓ Decontaminare gli strumenti riutilizzabili prima di inviarli al processo di disinfezione e/o sterilizzazione
- ✓ Allontanare la biancheria contaminata proteggendo se stessi e l'ambiente
- ✓ Smaltire correttamente i rifiuti tutelando se stessi, gli altri e l'ambiente (non reincappucciare gli aghi, non sraccordare ago-siringa, ecc..)
- ✓ Impiegare dispositivi per la rianimazione del paziente adeguatamente trattati
- ✓ Ricorrere alla camera singola se il paziente non è collaborante o può contaminare l'ambiente

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE PIEMONTE Azienda Sanitaria Locale 3 Cso. Svizzera, 164 - 10149 TORINO - Tel. 011/4393111 Codice Fiscale 03127980013 <u>UOa P.R.I.</u>	PROCEDURA OPERATIVA DA ADOTTARE IN CASO DI ESPOSIZIONE A PAZIENTE CON SOSPETTA MENINGITE	P.O.02/04 Rev. 00 Pag. 9 di Pag. 16
--	---	---

ALLEGATO 2

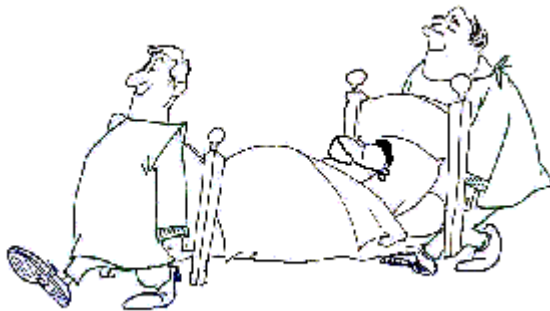
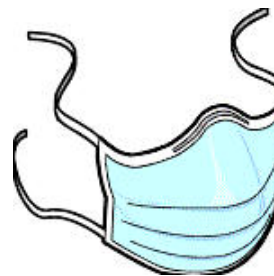
PRECAUZIONI AGGIUNTIVE PER PATOLOGIE TRASMESSE ATTRAVERSO DROPLETS

In aggiunta alle precauzioni standard, in caso di assistenza a paziente con sospetta o accertata meningite contagiosa, è necessario:



- **indossare la mascherina chirurgica** in caso di contatto ravvicinato con il paziente (entro 1 metro); la mascherina deve essere eliminata immediatamente dopo l'uso in contenitore per rifiuti speciali a rischio infettivo (clinical box). Non è necessario utilizzare Filtranti facciali (tipo FFP2S)

- sistemare il paziente in **camera singola** o con paziente affetto da stessa patologia. Tenere la porta chiusa e **aprire frequentemente le finestre** della stanza (almeno 1 volta/ora) per favorire il ricambio d'aria



- **Limitare il trasporto** e lo spostamento del paziente; se possibile far indossare una **mascherina chirurgica** al paziente durante gli spostamenti.

<p>SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE PIEMONTE Azienda Sanitaria Locale 3 Cso. Svizzera, 164 - 10149 TORINO - Tel. 011/4393111 Codice Fiscale 03127980013 <u>UOa P.R.I.</u></p>	<p>PROCEDURA OPERATIVA DA ADOTTARE IN CASO DI ESPOSIZIONE A PAZIENTE CON SOSPETTA MENINGITE</p>	<p>P.O.02/04 Rev. 00 Pag. 10 di Pag. 16</p>
---	---	---

ALLEGATO 3

Scheda di denuncia obbligatoria di malattia infettiva Classe II

SCHEDA DI DENUNCIA OBBLIGATORIA DI MALATTIA INFETTIVA - Classe II

Regione _____ Provincia _____

Comune _____ USL _____

Caso di _____ compilare per esteso il nome della malattia CRITERIO 1)

Barrare la casella corrispondente

- | ICD-9 | ICD-9 |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 023 Brucellosi | <input type="checkbox"/> 100 Leptospirosi |
| <input type="checkbox"/> 002.0 Febbre tifoide | <input type="checkbox"/> 073 Ornitosi |
| <input type="checkbox"/> 003 Altre salmonellosi | <input type="checkbox"/> 085 Leishmaniosi cutanea |
| <input type="checkbox"/> 034.1 Scarlattina | <input type="checkbox"/> Leishmaniosi viscerale |
| <input type="checkbox"/> 055 Morbillo | <input type="checkbox"/> 070.1 Epatite A |
| <input type="checkbox"/> 072 Parotite epidemica | <input type="checkbox"/> 070.3 Epatite B |
| <input type="checkbox"/> 033 Pertosse | <input type="checkbox"/> 070.9 Epatite NANB |
| <input type="checkbox"/> 056 Rosolia | <input type="checkbox"/> 070. Epatite virale non spec. |
| <input type="checkbox"/> 052 Varicella | <input type="checkbox"/> 482.8 Legionellosi |
| <input type="checkbox"/> 036 Meningite meningococcica | <input type="checkbox"/> Rickettsiosi
(diverse da Tifo Esantematico) |
| <input type="checkbox"/> 090 Sifilide | |
| <input type="checkbox"/> 021 Tularemia | <input type="checkbox"/> 098 Blenorragia |

SEZIONE A

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Codice SSN

Professione _____

Residenza (Se non coincide con il domicilio abituale compilare anche la riga successiva)

Domicilio abituale _____

Età compiuta all'inizio della malattia:

< 1 anno. Da 00 a 11 mesi ≥ 1 anno. Da 1 a 99 anni > 99 indicare sempre 99

Data inizio primi sintomi: Comune inizio primi sintomi _____
gg mm aa

Ricovero in luogo di cura Sì No Se sì, specificare dove _____

Comune presunto del contagio²⁾ _____

Stato vaccinale nei confronti della malattia: Non vaccinato Non noto Vaccinato anno
aa

Data di denuncia Sanitario che ha compilato la denuncia _____
gg mm aa

Recapito _____ Tel. _____

1) Riportare i codici dei criteri riscontrati per definire il caso secondo le istruzioni sul retro.
 2) Compilare solo per Leishmaniosi o Tularemia.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE PIEMONTE Azienda Sanitaria Locale 3 Cso. Svizzera, 164 - 10149 TORINO - Tel. 011/4393111 Codice Fiscale 03127980013 <u>UOa P.R.I.</u>	PROCEDURA OPERATIVA DA ADOTTARE IN CASO DI ESPOSIZIONE A PAZIENTE CON SOSPETTA MENINGITE	P.O.02/04 Rev. 00 Pag. 12 di Pag. 16
--	--	--

ALLEGATO 3 bis

Scheda di denuncia obbligatoria di focolaio epidemico, Classe IV

SCHEDA DI DENUNCIA OBBLIGATORIA DI FOCOLAIO EPIDEMICO - Classe IV

Regione _____ Provincia _____

Comune _____ USL _____

Focolaio epidemico di _____
compilare per esteso il nome della malattia

Barrare la casella corrispondente

ICD-9

132.0 Pediculosi

133.0 Scabbia

Dermatofitosi (Tigna)

005 Infezioni, tossinfezioni, infestazioni di origine alimentare

SEZIONE A

Comunità coinvolta: Famiglia Scuola Caserma altro spec.

N° totale persone a rischio (1)

Indirizzo della comunità _____

Agente eziologico _____ Identificato Sospetto

Veicolo _____ Identificato Sospetto

Data inizio epidemia (2) se l'epidemia si è esaurita, indicare la durata (3)
gg mm aa giorni

N° di casi (4)

Presunto luogo di origine dell'epidemia: _____
Se in Italia indicare USL e Regione; se all'estero indicare Stato

Data di denuncia Sanitario che ha compilato la denuncia _____
gg mm aa

Recapito _____ Tel. _____

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE PIEMONTE Azienda Sanitaria Locale 3 Cso. Svizzera, 164 - 10149 TORINO - Tel. 011/4393111 Codice Fiscale 03127980013 <u>UOa P.R.I.</u>	PROCEDURA OPERATIVA DA ADOTTARE IN CASO DI ESPOSIZIONE A PAZIENTE CON SOSPETTA MENINGITE	P.O.02/04 Rev. 00 Pag. 14 di Pag. 16
--	--	--

ALLEGATO 4

CRITERI PER L'IDENTIFICAZIONE DEI CONTATTI A RISCHIO

Sono da ritenersi **CONTATTI A RISCHIO solo** quelli ravvicinati e ripetuti e che abbiano esposto l'operatore a secrezioni orali del paziente, ovvero:

- conviventi
- amici o familiari con contatti intimi (baci,...) o con condivisione dello stesso ambiente per oltre 4-5 ore/settimana
- persone che abbiano eseguito manovre rianimatorie (ventilazione bocca a bocca, intubazione endotracheale, gestione di cannula endotracheale)
- personale di laboratorio

È controindicata la ricerca sistematica dei portatori sani nel personale sanitario

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE PIEMONTE Azienda Sanitaria Locale 3 Cso. Svizzera, 164 - 10149 TORINO - Tel. 011/4393111 Codice Fiscale 03127980013 <u>UOa P.R.I.</u>	PROCEDURA OPERATIVA DA ADOTTARE IN CASO DI ESPOSIZIONE A PAZIENTE CON SOSPETTA MENINGITE	P.O.02/04 Rev. 00 Pag. 15 di Pag. 16
--	--	--

ALLEGATO 5

PROFILASSI POST-ESPOSIZIONE (P.E.P.)

Meningite Meningococcica

Ai contatti identificati come a **rischio** deve essere offerta la profilassi post - esposizione (P.E.P); questa va iniziata entro 24 ore e mai oltre 14 giorni.

Rifampicina 600 mg per os ogni 12 ore per 2 giorni (non utilizzare in gravidanza)

oppure

Ciprofloxacina 500 mg. per os in unica somministrazione (non utilizzare nei bambini ed in gravidanza)

oppure

Ceftriaxone 250 mg i.m. in unica somministrazione

oppure

Azitromicina 500 mg 1 cpr per os in unica somministrazione

Meningite da Haemophilus influenzae

Rifampicina 20 mg/Kg per os ogni 12 ore per 2 giorni (non utilizzare in gravidanza e non superare la dose di 600 mg). Per bambini maggiori di un mese di età 10 mg/kg per os ogni 12 ore per 2 giorni

Vaccinazione:

Esiste un vaccino antimeningococcico polisaccaridico tetravalente, somministrabile s.c. in dose unica; la vaccinazione per il personale sanitario **non e' indicata**, tranne che in particolari situazioni (focolai epidemici).

La vaccinazione può essere offerta al personale di laboratorio che manipoli abitualmente sostanze contaminate.

Il vaccino evoca una risposta protettiva dal 7° al 10° giorno e la risposta anticorpale è relativamente breve (3 anni).

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE PIEMONTE Azienda Sanitaria Locale 3 Cso. Svizzera, 164 - 10149 TORINO - Tel. 011/4393111 Codice Fiscale 03127980013 <u>UOa P.R.I.</u>	PROCEDURA OPERATIVA DA ADOTTARE IN CASO DI ESPOSIZIONE A PAZIENTE CON SOSPETTA MENINGITE	P.O.02/04 Rev. 00 Pag. 16 di Pag. 16
--	---	--

ALLEGATO 6

SCHEDA DI VERIFICA DELL'APPLICAZIONE

DIPARTIMENTO			
REPARTO/SERVIZIO			
RESPONSABILE			Firma
DATA	1° quadrimestre	2° quadrimestre	3° quadrimestre
METODOLOGIA UTILIZZATA	<input type="checkbox"/> Osservazione diretta		N°
	<input type="checkbox"/> Intervista al personale		N°
	<input type="checkbox"/> Altro (specificare):		N°

IL PROTOCOLLO E' DA CONSIDERARSI:

- TOTALMENTE APPLICATO
- PARZIALMENTE APPLICATO ↓

Motivazione:

- NON APPLICATO ↓

Motivazione:

PUNTI CRITICI RILEVATI NELL'APPLICAZIONE:
