

Scheda di segnalazione di caso di West Nile Virus/Usutu virus

IMPORTATO ☐ AUTOCTONO ☐ - PROBABILE ☐ CONFERMATO ☐

1. Regione _____ 2. Azienda Sanitaria/Ospedale _____

3. Servizio / Reparto _____

4. Dati relativi al paziente:

Cognome: _____ Nome: _____

Sesso: M ☐ F ☐ Codice Fiscale _____

Luogo di nascita: _____ Data di nascita _____ (gg/mm/aaaa)

Domicilio abituale*: _____

Via/piazza e numero civico

Comune Provincia

Luogo di probabile esposizione: (se diverso dal domicilio abituale)

Via/piazza e numero civico

Comune

Provincia

5. Storia di viaggi nelle tre settimane precedenti l'inizio della sintomatologia:

a. _____

b. _____

Nazione/Città

data inizio

data fine

6. Anamnesi positiva per trasfusione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione?

☐ S ☐ N ☐ Non noto

6bis. Anamnesi positiva per donazione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione?

☐ S ☐ N ☐ Non noto

7. Vaccinazione nei confronti di altri flavirus:

Tick borne encephalitis ☐ S ☐ N ☐ Non noto; Febbre Gialla ☐ S ☐ N ☐ Non noto; Encefalite Giapponese ☐ S ☐ N ☐ Non noto

8. Informazioni cliniche:

Donatore di sangue/emocomponenti/organ/tessuti ☐ S ☐ N Presenza sintomi: ☐ S ☐ N

Febbre > 38.5°C ☐ S ☐ N ☐ Non noto; Se sì, data inizio febbre _____ (gg/mm/aaaa)

Manifestazione clinica:

☐ Encefalite ☐ Meningite ☐ Poliradiculoneurite (Sindrome di Guillain Barrè atipica) ☐ Paralisi flaccida acuta

☐ Altro (specificare) _____

9. Presenza di condizioni di rischio preesistenti: ☐ S ☐ N

se sì, specificare _____

10. Esami di Laboratorio:

☐ Liquor data prelievo: _____ (gg/mm/aaaa)

Metodica [è possibile indicare più di una risposta]:

☐ IgM: Titolo _____ ☐ pos ☐ neg ☐ dubbio

☐ PCR

☐ pos ☐ neg ☐ dubbio

☐ IgG: Titolo _____ ☐ pos ☐ neg ☐ dubbio

☐ Isolamento virale

☐ pos ☐ neg

☐ Siero/Sangue, data prelievo: _____ (gg/mm/aaaa)

Metodica [è possibile indicare più di una risposta]:

☐ IgM Titolo _____ ☐ pos ☐ neg ☐ dubbio

☐ PCR

☐ pos ☐ neg ☐ dubbio

☐ IgG Titolo _____ ☐ pos ☐ neg ☐ dubbio

☐ Isolamento virale

☐ pos ☐ neg

☐ Neutralizzazione Titolo _____ ☐ pos ☐ neg ☐ dubbio

☐ Urine, data prelievo: _____ (gg/mm/aaaa)

☐ PCR ☐ pos ☐ neg ☐ dubbio

Per WNV se effettuato il sequenziamento inserire il Lineage:

☐ Lineage 1

☐ Lineage 2

Note: _____

11. Esito del caso al momento della segnalazione:

☐ Guarito ☐ Quadro clinico in via di miglioramento ☐

Quadro clinico grave ☐ Deceduto ☐ Non noto

12. Esito del caso al follow-up [30 giorni]:

☐ Guarito ☐ Quadro clinico in via di miglioramento ☐

Quadro clinico grave ☐ Deceduto ☐ Non noto

Data segnalazione _____ Medico compilatore _____

telefono _____ telefax _____ e-mail _____

* indicare il domicilio abituale del caso nelle 3 settimane precedenti l'inizio della sintomatologia

Da inserire entro 12 ore dalla segnalazione sul sito web: http://www.simi.iss.it/inserimento_dati.htm oppure solo nel caso in cui non sia possibile l'invio tramite il sito web (esempio: mancanza di accesso ad internet o non disponibili delle credenziali di accesso al sito) sarà possibile inviare via fax o email sia al Ministero della Salute (fax: 06 59943096 e-mail: malinf@sanita.it) che all'ISS (fax: 06 49902476 outbreak@iss.it)