

SCHEDA DI SEGNALEZIONE DI UN CASO UMANO DI INFEZIONE DA VIRUS WEST NILE – USUTU
West Nile Virus ☐Usutu Virus ☐Coinfezione WNV/USUV ☐
Dati della segnalazione
☐ Prima segnalazione ☐ AggiornamentoRegione **LAZIO**

ASL di riferimento _____

Data segnalazione/aggiornamento |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Dati di chi compila la scheda

Cognome e nome del medico _____

Recapito telefonico _____ email _____

Azienda sanitaria/Ospedale _____

Servizio/Reparto _____

Dati del paziente / informazioni generali

Cognome: _____ Nome: _____

Sesso: M ☐ F ☐ Luogo di nascita: _____ Data di nascita |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Comune di residenza _____ Provincia |_|_|

Donatore: Sì ☐ No ☐ Ha donato nei 28 giorni precedenti: Sì ☐ No ☐Tipologia di donatore: Sangue ☐ Cellule ☐ Tessuti ☐ Organi ☐
Luogo di più probabile esposizione:
presenza nel luogo nelle 3 settimane precedenti l'inizio della sintomatologiaSe **ITALIA**, indirizzo:

Via/piazza e numero civico _____ Comune _____ Provincia |_|_|

Indicare se si tratta di: Domicilio abituale ☐ Altro domicilio ☐Storia di viaggi nelle 3 settimane precedenti l'inizio della sintomatologia:

1. _____ |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

2. _____ |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

3. _____ |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Stato/comune

Data inizio

Data fine

Anamnesi

Trasfusione di sangue/emocomponenti nei 28 giorni precedenti l'inizio dei sintomi/segnalazione?

Sì ☐ No ☐ Non noto ☐

Trapianti di organi/tessuti/cellule nei 28 giorni precedenti l'inizio dei sintomi/segnalazione?

Sì ☐ No ☐ Non noto ☐
Vaccinazioni nei confronti di altri Flavivirus:
Tick borne encephalitis Sì ☐ No ☐ Non noto ☐Febbre Gialla Sì ☐ No ☐ Non noto ☐Encefalite Giapponese Sì ☐ No ☐ Non noto ☐

Informazioni cliniche
Sintomi Si ☐ No ☐
Febbre >38.5 °C Si ☐ No ☐ Data inizio febbre |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

X	Manifestazione clinica	Data sintomatologia
	Encefalite	_ _ / _ _ / _ _ _ _
	Meningite	_ _ / _ _ / _ _ _ _
	Poliradiculoneurite / sindrome Guillain Barrè atipica	_ _ / _ _ / _ _ _ _
	Paralisi flaccida	_ _ / _ _ / _ _ _ _
	Altro, specificare _____ _____	_ _ / _ _ / _ _ _ _

Condizioni di rischio preesistenti: Sì ☐ No ☐ Se sì, specificare _____

Il paziente è stato ricoverato? Sì ☐ No ☐ Non noto ☐

 se sì, **data ricovero** |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| **Data dimissione** |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Ospedale _____ **Reparto** _____

Informazioni di laboratorio
LIQUOR
data prelievo: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

West Nile (è possibile indicare più di una risposta):

☐ IgM: Titolo _____ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐
☐ IgG: Titolo _____ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐
☐ PCR pos ☐ neg ☐ dubbio ☐
☐ Isolamento virale pos ☐ neg ☐

USUTU (è possibile indicare più di una risposta):

☐ IgM: Titolo _____ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐
☐ IgG: Titolo _____ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐
☐ PCR pos ☐ neg ☐ dubbio ☐
☐ Isolamento virale pos ☐ neg ☐

SIERO/SANGUE
data prelievo: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

West Nile (è possibile indicare più di una risposta):

☐ IgM: Titolo _____ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐
☐ IgG: Titolo _____ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐
☐ PCR pos ☐ neg ☐ dubbio ☐
☐ Neutralizzazione pos ☐ neg ☐ dubbio ☐
☐ Test NAT pos ☐ neg ☐ dubbio ☐
☐ Isolamento virale pos ☐ neg ☐ dubbio ☐

USUTU (è possibile indicare più di una risposta):

☐ IgM: Titolo _____ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐
☐ IgG: Titolo _____ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐
☐ PCR pos ☐ neg ☐ dubbio ☐
☐ Neutralizzazione pos ☐ neg ☐ dubbio ☐
☐ Test NAT pos ☐ neg ☐ dubbio ☐
☐ Isolamento virale pos ☐ neg ☐ dubbio ☐

URINE
data prelievo: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

West Nile

☐ PCR pos ☐ neg ☐ dubbio ☐
☐ Sequenziamento Lineage 1 ☐ Lineage 2 ☐
 Altro ☐ _____

USUTU
☐ PCR pos ☐ neg ☐ dubbio ☐
Invio campioni al Laboratorio Si ☐ No ☐ Se sì, data |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Esito e Follow-up

- ☐ Guarito
- ☐ Deceduto (*decesso ragionevolmente attribuibile all'infezione notificata*)
- ☐ In Miglioramento
- ☐ Grave
- ☐ Non noto
- ☐ Comparsa sintomi successiva a riscontro NAT positiva
- ☐ Non applicabile (es. donatore asintomatico)

Indicare la data dell'esito

____/____/____
 ____/____/____

Classificazione del caso

Neuroinvasiva	Probabile ☐	Confermato ☐
Solo Febbre	Probabile ☐	Confermato ☐
Sintomatico	Probabile ☐	Confermato ☐
Donatore	Probabile ☐	Confermato ☐
Asintomatico	Probabile ☐	Confermato ☐

AUTOCTONO (Stessa Regione) ☐ **AUTOCTONO (Altra Regione)** ☐ **Importato (Stato estero)** ☐

Note (scrivere in stampatello):

ISTRUZIONI E NOTE PER LA COMPILAZIONE

Il medico che sospetta il caso compila e invia la scheda di sorveglianza alla ASL di competenza al solo sospetto.

Il medico che ha in carico il caso (es. medico di reparto) ritrasmette la scheda aggiornata non appena disponibili gli esiti delle indagini di laboratorio con la classificazione di caso probabile o confermato.

Contatti: SERESMI: via mail: seresmi@pec.inmi.it