

SCHEMA DI NOTIFICA E SORVEGLIANZA ARBOVIROSI
(eccetto WNV e USUTU)

Allegato G



Regione LAZIO

ASL _____

Data di segnalazione |__|/|__|/|__|

Data intervista |__|/|__|/|__|

Informazioni sul caso

Cognome _____ Nome _____

Sesso M F Data di nascita |__|/|__|/|__| Nazionalità _____ Cittadinanza _____

Luogo di nascita: Stato _____ Comune _____ Provincia |__|

Domicilio abituale: Via/Piazza _____ Comune _____ Provincia |__|

Permanenza all'estero o in Italia in zone diverse dal domicilio abituale nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi: Sì No

- | | | |
|----------|--------------|--------------|
| 1. _____ | __ / __ / __ | __ / __ / __ |
| 2. _____ | __ / __ / __ | __ / __ / __ |
| 3. _____ | __ / __ / __ | __ / __ / __ |
| 4. _____ | __ / __ / __ | __ / __ / __ |

Stato / Comune

Data inizio

Data fine

Indicare i luoghi di lavoro o ricreativi (dove si sono strascorse più di 5 ore diurne al giorno) frequentati nei 7 giorni successivi all'insorgenza dei sintomi:

_____	_____	__
Via/piazza e numero civico	Comune	Provincia
_____	_____	__
Via/piazza e numero civico	Comune	Provincia
_____	_____	__
Via/piazza e numero civico	Comune	Provincia

Contatto con altri casi nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi Sì No

Se sì, specificare i nominativi ed i relativi contatti:

Donatore: Sì No Tipo di donatore: Sangue Cellule Tessuti Organi

Ha donato nei 28 giorni precedenti l'inizio sintomi: Sì No

Anamnesi positiva per trasfusione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti l'inizio dei sintomi Sì No

Anamnesi positiva per donazione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti l'inizio dei sintomi Sì No

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

Gravidanza: Sì No se sì, settimane |__|

Solo per Zika:

rapporti sessuali con partner maschile (anche asintomatico) che ha viaggiato in aree endemiche/epidemiche Sì No

Informazioni cliniche

Sintomi Sì No Data inizio sintomatologia |__|/|__|/|__|

Ricovero Sì No se sì, Data ricovero |__|/|__|/|__| Data dimissione |__|/|__|/|__|

Ospedale _____ Reparto _____ UTI Sì No

Se ricovero no, visita: MMG/PLS/Guardia medica Pronto Soccorso

Manifestazione clinica	SI	NO	NON NOTO		SI	NO	NON NOTO
Febbre				Nausea/vomito			
Artralgie				Mialgia			
Rash				Dolore oculare o retro-orbitale			
Astenia/Cefalea				Meningo-encefalite			
Artrite				Congiuntivite non purulenta /iperemia			
Poliartralgia grave				Esantema			
Meningite				Encefalite			
Poliradiculoneurite / sindrome Guillain Barrè atipica				Encefalomielite			
Altro, specificare							

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

Rilevazione di eventi correlabili a un'infezione da Zika virus:

Sindrome di Guillain-Barré o altre polineuriti, mieliti, encefalomieliti acute o altri disturbi neurologici gravi: Sì No

Data di insorgenza |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Segni di malformazione in nati da madre esposta: Sì No

Data rilevazione |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| Età gestazionale in settimane |_|_|

Tipo di malformazione _____

Metodo di rilevazione: _____

Esito della gravidanza: Nato vivo Nato morto Aborto spontaneo IVG Data |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Se gravidanza a termine: Cognome neonato _____ Nome neonato _____

Via di trasmissione: Vettore Alimentare (prodotti non pastorizzati)
 Sessuale Trasfusione/Trapianto Altro, specificare _____

Test di laboratorio

Esami di laboratorio riferiti a:

Chikungunya **Dengue** **Zika Virus** **TBE** **Toscana Virus**

(in caso di coinfezione indicare nelle note il risultato degli esami di laboratorio del secondo patogeno)

LIQUOR Sì No Non noto Data prelievo campione |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

IgM Pos Neg Dubbio

IgG Pos Neg Dubbio

PCR Pos Neg Dubbio

Isolamento Pos Neg Dubbio

SIERO/SANGUE Sì No Non noto Data prelievo campione |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

IgM Pos Neg Dubbio

IgG Pos Neg Dubbio

PCR Pos Neg Dubbio

Isolamento Pos Neg Dubbio

Neutralizzazione Pos Neg Dubbio

URINE Sì No Non noto Data prelievo campione |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

PCR Pos Neg Dubbio

SALIVA Sì No Non noto Data prelievo campione |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Se **Dengue** specificare tipo: DENV1 DENV2 DENV3 DENV4

Invio campioni al Laboratorio di riferimento regionale Sì No Se sì, data |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Classificazione del caso

Tipo caso:		IMPORTATO <input type="checkbox"/>		AUTOCTONO <input type="checkbox"/>	
Classificazione caso:	Chikungunya:	Possibile <input type="checkbox"/>	Probabile <input type="checkbox"/>	Confermato <input type="checkbox"/>	Non caso <input type="checkbox"/>
	Dengue:	Possibile <input type="checkbox"/>	Probabile <input type="checkbox"/>	Confermato <input type="checkbox"/>	Non caso <input type="checkbox"/>
	Zika:	Possibile <input type="checkbox"/>	Probabile <input type="checkbox"/>	Confermato <input type="checkbox"/>	Non caso <input type="checkbox"/>
	Altro, specificare				

Esito e Follow-up

- Guarito
- Deceduto (*decesso ragionevolmente attribuibile all'infezione notificata*)
- In Miglioramento
- Grave
- Non noto
- Non applicabile (es. donatore asintomatico)

Indicare la data dell'esito

____/____/____

____/____/____

Note (scrivere in stampatello):

Data compilazione ____/____/____

PRIMO INVIO
AGGIORNAMENTO

Operatore sanitario che ha compilato la scheda (timbro e firma) _____

Telefono _____ email _____