

**SCHEMA DI NOTIFICA E SORVEGLIANZA ARBOVIROSI**

Regione **LAZIO**

ASL \_\_\_\_\_

Data di segnalazione: gg \_\_\_\_ mm \_\_\_\_ aa \_\_\_\_\_

Data intervista: gg \_\_\_\_ mm \_\_\_\_ aa \_\_\_\_\_

**Informazioni sul caso**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Sesso: M  F  Data di nascita gg \_\_\_\_ mm \_\_\_\_ aa \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Comune Provincia Stato

Domicilio abituale: \_\_\_\_\_  
Via/piazza e numero civico Comune Provincia

Nazionalità \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

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

1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
Stato Estero/Comune	data inizio	data fine

Indicare i **luoghi di lavoro o ricreativi** (dove si sono trascorse 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 SI  NO

Se si specificare i nominativi ed i relativi contatti:

\_\_\_\_\_

Anamnesi positiva per trasfusione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione SI  NO

Anamnesi positiva per donazione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione SI  NO

Vaccinazioni nei confronti di altri Flavivirus:

Tick borne encephalitis SI  NO  Non noto ; Febbre Gialla SI  NO  Non noto ; Encefalite Giapponese SI  NO  Non noto

**Gravidanza** SI  NO  se sì: settimane \_\_\_\_

**Solo per Zika:**  
 rapporti sessuali con partner maschile (anche asintomatico) che ha viaggiato in aree endemiche/epidemiche SI  NO

**Informazioni cliniche**

Data inizio sintomatologia gg \_\_\_\_ mm \_\_\_\_ aa \_\_\_\_\_

Ricovero SI  NO  se sì, Data ricovero gg \_\_\_\_ mm \_\_\_\_ aa \_\_\_\_\_ Data dimissione gg \_\_\_\_ mm \_\_\_\_ aa \_\_\_\_\_

Ospedale \_\_\_\_\_ Reparto: \_\_\_\_\_ UTI: SI  NO

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

Segni e sintomi	SI	NO	NN		SI	NO	NN
Febbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artralgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolore retro-orbitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meningo-encefalite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congiuntivite non purulenta /iperemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Altri segni e sintomi \_\_\_\_\_

**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: SI  NO Data di insorgenza gg  mm  aa Segni di malformazione in nati da madre esposta: SI  NO Data rilevazione gg  mm  aa  Età gestazionale in settimane 

Tipo di malformazione

Metodo di rilevazione: \_\_\_\_\_

Esito della gravidanza: Nato vivo  Nato morto  Aborto spontaneo  IVG  Data gg  mm  aa 

Se gravidanza a termine: Cognome neonato \_\_\_\_\_ Nome neonato \_\_\_\_\_

**Test di laboratorio****Ricerca anticorpi IgM nel siero**Data prelievo  Tipo metodica usata: \_\_\_\_\_Titolo Dengue \_\_\_\_\_ Titolo Chikungunya \_\_\_\_\_ Titolo Zika \_\_\_\_\_ Titolo Altro \_\_\_\_\_Dengue POS  NEG  Dubbio  Chikungunya POS  NEG  Dubbio  Zika POS  NEG  Dubbio Altro \_\_\_\_\_ POS  NEG  Dubbio **Ricerca anticorpi IgG nel siero**Data prelievo  Tipo metodica usata: \_\_\_\_\_Titolo Dengue \_\_\_\_\_ Titolo Chikungunya \_\_\_\_\_ Titolo Zika \_\_\_\_\_ Titolo Altro \_\_\_\_\_Dengue POS  NEG  Dubbio  Chikungunya POS  NEG  Dubbio  Zika POS  NEG  Dubbio Altro \_\_\_\_\_ POS  NEG  Dubbio **Identificazione antigene virale**Data prelievo  Tipo metodica usata: \_\_\_\_\_Dengue (NS1) \_\_\_\_\_ POS  NEG  NN **Test di neutralizzazione**Data prelievo  Titolo \_\_\_\_\_**PCR**

Siero Data prelievo <input type="text"/>	Saliva Data prelievo <input type="text"/>	Urine Data prelievo <input type="text"/>
<u>Dengue</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Dengue</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Dengue</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>
<u>Chikungunya</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Chikungunya</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Chikungunya</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>
<u>Zika</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Zika</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Zika</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>
<u>Altro</u> _____ POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Altro</u> _____ POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Altro</u> _____ POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>

Isolamento virale (specificare materiale: siero  e/o saliva  e/o urine Data prelievo Dengue POS  NEG  Dubbio  Chikungunya POS  NEG  Dubbio  Zika POS  NEG  Dubbio Altro \_\_\_\_\_ POS  NEG  Dubbio Se Dengue, specificare tipo: DENV1 DENV2 DENV3 DENV4

		IMPORTATO <input type="checkbox"/>				AUTOCTONO <input type="checkbox"/>	
<b>Tipo caso:</b>							
<b>Classificazione caso:</b>	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"/>		
		Altre Arbovirosi, specificare:					

Note (scrivere in stampatello): \_\_\_\_\_

Data compilazione gg  mm  aa PRIMO INVIO  AGGIORNAMENTO 

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

## ISTRUZIONI E NOTE PER LA COMPILAZIONE

La scheda va compilata per tutti i casi possibili, probabili o confermati.

Contatti: SERESMI: via fax: 06 56561845 o via mail: [seresmi@pec.inmi.it](mailto:seresmi@pec.inmi.it) - Ministero della Salute: via fax: 06/5994.3096 o via mail a [malinf@sanita.it](mailto:malinf@sanita.it) - Istituto Superiore di Sanità, via fax: 06/49904276 o via email a [sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it](mailto:sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it).

Figura 1. Flusso di segnalazione in caso POSSIBILE

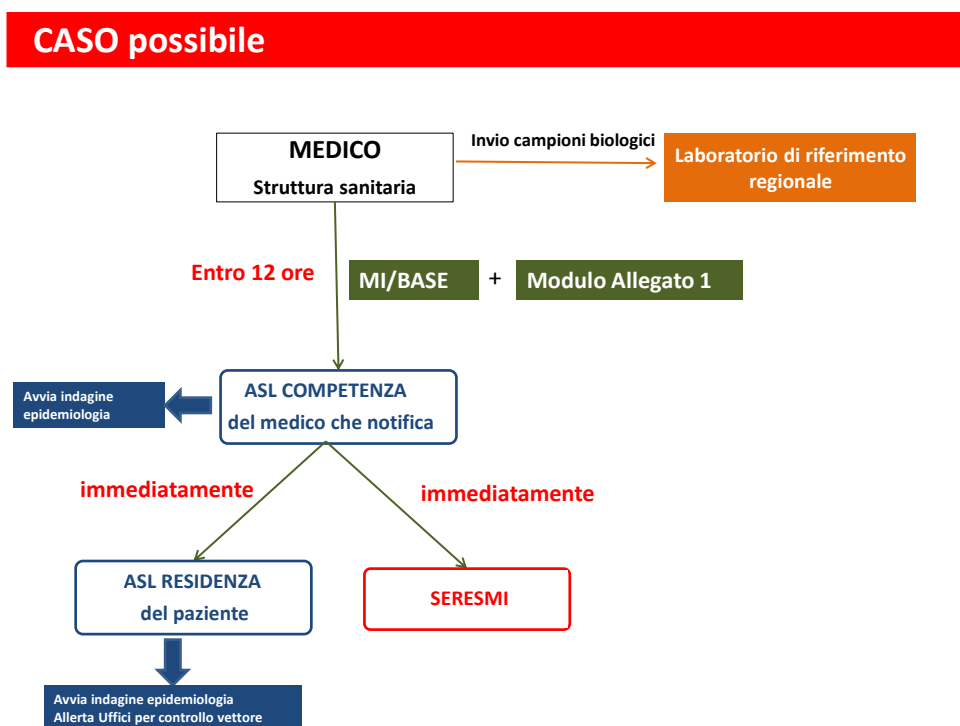


Figura 2. Flusso di segnalazione conseguente alla positività degli esami di laboratorio per caso probabile o confermato

