

SCHEDA 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. _____	_____	_____
<small>Stato Estero/Comune</small>	<small>data inizio</small>	<small>data fine</small>

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 S N Non noto; Febbre Gialla S N Non noto; Encefalite Giapponese S N 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 ____/____/____	Saliva Data prelievo ____/____/____	Urine Data prelievo ____/____/____
<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

A seguito degli accertamenti di laboratorio: Caso di Arbovirusi: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Se si specificare compilare classificazione di caso		
Classificazione di caso: Chikungunya:	PROBABILE <input type="checkbox"/>	CONFERMATO <input type="checkbox"/>
Dengue:	PROBABILE <input type="checkbox"/>	CONFERMATO <input type="checkbox"/>
Zika:	PROBABILE <input type="checkbox"/>	CONFERMATO <input type="checkbox"/>
Altre Arbovirusi, specificare: _____		
Tipo caso:	IMPORTATO <input type="checkbox"/>	AUTOCTONO <input type="checkbox"/>

Note (scrivere in stampatello):

Data di compilazione gg ____ mm ____ | | aa ____/____/____

PRIMO INVIO AGGIORNAMENTO

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

La scheda va compilata per tutti i casi sospetti, probabili o confermati di Chikungunya, Dengue, Zika e altri Arbovirus

Medico—» entro 12h —»Dipartimento Prevenzione ASL—» immediatamente —»SERESMI*—» Entro 12 ORE —»Ministero Salute/ISS

Il SERESMI provvede ad inviare al Ministero della Salute ed all'ISS i casi probabili e confermati durante il periodo di maggiore attività vettoriale e i soli casi confermati durante il periodo di ridotta attività vettoriale

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



ISTRUZIONI E NOTE PER LA COMPILAZIONE

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

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

Figura 1. Flusso di segnalazione in caso di sospetto



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

