

SCHEDA DI SEGNALAZIONE 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/Reperto _____

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 Barré atipica	_ _ / _ _ / _ _ _ _
	Paralisi flaccida	_ _ / _ _ / _ _ _ _
	Altro, specificare _____ _____	_ _ / _ _ / _ _ _ _

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

Il paziente è stato ricoverato? Si ☐ 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):		USUTU (è possibile indicare più di una risposta):	
☐ IgM: Titolo _____ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐	☐ IgM: Titolo _____ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐	☐ IgM: Titolo _____ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐	
☐ IgG: Titolo _____ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐	☐ IgG: Titolo _____ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐	☐ IgG: Titolo _____ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐	
☐ PCR pos ☐ neg ☐ dubbio ☐	☐ PCR pos ☐ neg ☐ dubbio ☐	☐ PCR pos ☐ neg ☐ dubbio ☐	
☐ Isolamento virale pos ☐ neg ☐	☐ Isolamento virale pos ☐ neg ☐	☐ Isolamento virale pos ☐ neg ☐	
SIERO/SANGUE		data prelievo: _ _ / _ _ / _ _ _ _	
West Nile (è possibile indicare più di una risposta):		USUTU (è possibile indicare più di una risposta):	
☐ IgM: Titolo _____ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐	☐ IgM: Titolo _____ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐	☐ IgM: Titolo _____ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐	
☐ IgG: Titolo _____ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐	☐ IgG: Titolo _____ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐	☐ IgG: Titolo _____ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐	
☐ PCR pos ☐ neg ☐ dubbio ☐	☐ PCR pos ☐ neg ☐ dubbio ☐	☐ PCR pos ☐ neg ☐ dubbio ☐	
☐ Neutralizzazione pos ☐ neg ☐ dubbio ☐	☐ Neutralizzazione pos ☐ neg ☐ dubbio ☐	☐ Neutralizzazione pos ☐ neg ☐ dubbio ☐	
☐ Test NAT pos ☐ neg ☐ dubbio ☐	☐ Test NAT pos ☐ neg ☐ dubbio ☐	☐ Test NAT pos ☐ neg ☐ dubbio ☐	
☐ Isolamento virale pos ☐ neg ☐ dubbio ☐	☐ Isolamento virale pos ☐ neg ☐ dubbio ☐	☐ Isolamento virale pos ☐ neg ☐ dubbio ☐	
URINE		data prelievo: _ _ / _ _ / _ _ _ _	
West Nile		USUTU	
☐ PCR pos ☐ neg ☐ dubbio ☐	☐ PCR pos ☐ neg ☐ dubbio ☐	☐ PCR pos ☐ neg ☐ dubbio ☐	
☐ Sequenziamento Lineage 1 ☐ Lineage 2 ☐ Altro ☐ _____			

Invio campioni al Laboratorio Si ☐ No ☐ Se sì, data |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Esito e Follow-up

Indicare la data dell'esito

- ☐ 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)

____/____/____

____/____/____

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