

SCHEDA 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 Barré 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 ☐		AUTOCTONO ☐	
Classificazione caso:	Chikungunya:	Possibile ☐	Probabile ☐	Confermato ☐	Non caso ☐
	Dengue:	Possibile ☐	Probabile ☐	Confermato ☐	Non caso ☐
	Zika:	Possibile ☐	Probabile ☐	Confermato ☐	Non caso ☐
	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
 Operatore sanitario che ha compilato la scheda (timbro e firma)
 Telefono email

PRIMO INVIO ☐

AGGIORNAMENTO ☐