

Informazioni clinicheSegni e sintomi pregressi o in corso

Febbre Si No Congiuntiviti Si No
Eritema cutaneo Si No Dolori articolari Si No
Dolori muscolari Si No Cefalea Si No
Altri _____ Nessun segno e/o sintomo Si No

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

Informazioni gravidanza - parto

Età gestazionale (numero settimane compiute di amenorrea) [] [] settimane

Termine previsto della gravidanza: gg [] mm [] aa [] [] [] []

Data del parto gg [] mm [] aa [] [] [] []

Esito della gravidanza: nato vivo a termine nato vivo pretermine nato morto aborto spontaneo IVG

Struttura in cui è avvenuto il parto e indirizzo _____

ISTRUZIONI E NOTE PER LA COMPILAZIONE

La scheda va compilata per tutte le donne in gravidanza che costituiscono un caso probabile di infezione da virus Zika, e inviata immediatamente e ritrasmessa, alla conferma o meno di infezione della madre, secondo il seguente flusso, indipendentemente dal periodo di attività del vettore:

Medico → entro 12h → ASL | Dipartimento Prevenzione ASL → immediatamente → Regione | Regione → entro 12h → Ministero
Salute ISS

Inviare contestualmente a: - Ministero della Salute: via fax: 06/5994.3096 o via mail a malinf@sanita.it; - Istituto Superiore di Sanità, via fax: 06/49904267 - o via email a sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it e a malattierare@iss.it

Informazioni anagrafiche del bambino

Primo invio Aggiornamento del gg [] mm [] aa [] [] [] []

Cognome _____ Nome _____

Sesso Maschio Femmina Data di nascita gg [] mm [] aa [] [] [] []

Luogo di nascita _____
Comune _____ Provincia _____ Stato _____

Domicilio abituale: _____
Via/piazza e numero civico _____ Comune _____ Provincia _____

Nazionalità _____ Cittadinanza _____

Se la cittadinanza non è italiana specificare l'anno di arrivo in Italia: aa [] [] [] []

Epoca gestazionale o età a cui è stata diagnosticata la sindrome congenita associata ad infezione da virus Zika:

epoca gestazionale in settimane [] [] età: < di 1 mese [] Mesi [] [] Anni [] [] Non noto

Data di diagnosi: gg [] mm [] aa [] [] [] []

Storia materna (se è stata già compilata scheda per la notifica e follow-up dei casi di virus Zika in gravidanza, compilare solo il nome e cognome della madre se no inviare contestualmente le due schede)

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita gg [] mm [] aa [] [] [] []

Luogo di nascita _____
Comune _____ Provincia _____ Stato _____

Domicilio abituale: _____
Via/piazza e numero civico _____ Comune _____ Provincia _____

Nazionalità _____ Cittadinanza _____

Esami di laboratorio per la conferma di infezione da virus Zika effettuati No Si Non Noto

Classificazione di caso: Zika: POSSIBILE PROBABILE CONFERMATO

Tipo caso: IMPORTATO AUTOCTONO

Informazioni sul neonato/nato morto²⁸

Bambino in vita Si No

se no, data di decesso gg [] mm [] aa [] [] [] []

Autopsia eseguita Si No referto anatomopatologico finale: (se possibile allegare referto) _____

Causa di morte (dal relativo certificato) 1: _____ (iniziale)
2: _____ (intermedia)
3: _____ (finale)

Se sì, vivo a termine vivo pretermine
data ultima valutazione del bambino gg [] mm [] aa [] [] [] []

Esami di routine nel bambino

Peso alla nascita (in grammi) _____

Lunghezza alla nascita (in cm) _____

Misurazione circonferenza cranica _____ (in cm, arrotondata al decimale più vicino)

Presenza di microcefalia (< 2 DS rispetto a valore standard): Si No

Presenza di microcefalia grave (< 3 DS rispetto a valore standard): Si No

Esiti esame fisico del neonato _____

Esiti esame neurologico del neonato _____

SCREENING NEONATALE (esito) _____

ECOGRAFIA DEL CRANIO RM TAC

Presenza di calcificazioni intracraniche:

Sì, identificate prima della nascita Sì, identificate dopo la nascita No Non noto

Presenza di altre alterazioni intracraniche morfologiche (specificare) _____:

Sì, identificate prima della nascita Sì, identificate dopo la nascita No Non noto

²⁸ consultare il nosografico SDO della madre

ALTRE MALFORMAZIONI CONGENITE: Si (specificare) _____ No

ESAME OPTALMOLOGICO Si No Esito _____

ESAME UDITO Si No

Se si, specificare quale _____ Esito _____

| Esami di laboratorio effettuati | | | |
|--|---|---|---|
| PCR <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> se si, specificare: | | | |
| Siero Data prelievo _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | Urine Data prelievo _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | Liquido cefalorachidiano Data prelievo _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | Placenta Data prelievo _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> | POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> | POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> | POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/> |

Ricerca anticorpi IgM nel siero No Si se si, specificare:

Data prelievo |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Titolo _____ Risultato POS NEG Dubbio

Ricerca anticorpi IgM nel liquido cefalorachidiano No Si se si, specificare:

Data prelievo |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Titolo _____ Risultato POS NEG Dubbio

Test di neutralizzazione No Si se si, specificare:

Data prelievo |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Risultato POS NEG Dubbio

Altri eventuali test (specificare) No Si se si, specificare:

Effettuato su _____
Data prelievo |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Risultato POS NEG Dubbio

Trasmissione del virus Zika congenita perinatale

Follow-up del neonato (se è stata già compilata scheda per la notifica e follow-up della sindrome congenita associata ad infezione da virus Zika compilare solo nome e cognome se no inviare contestualmente le due schede)

Primo invio Aggiornamento del gg [] [] mm [] [] aa [] [] [] []

Cognome e nome del neonato _____

Data di nascita gg [] [] mm [] [] aa [] [] [] []

A DUE SETTIMANE

Test tiroidei (TSH, T4) Si esito _____ No

Esame oftalmologico Si esito _____ No

Esame dell'udito (specificare test) _____ Esito _____

Monitoraggio parametri della crescita

Circonferenza cranio _____

Peso _____

Lunghezza _____

Screening dello sviluppo rispetto alle curve di crescita standardizzate: _____

Osservazioni _____

A UN MESE

Esame neurologico Si esito _____ No

Monitoraggio parametri della crescita

Circonferenza cranio _____

Peso _____

Lunghezza _____

Screening dello sviluppo rispetto alle curve di crescita standardizzate: _____

Osservazioni _____

A DUE MESI

Esame neurologico Si esito _____ No

Monitoraggio parametri della crescita

Circonferenza cranio _____

Peso _____

Lunghezza _____

Screening dello sviluppo rispetto alle curve di crescita standardizzate: _____

Osservazioni _____

A TRE MESI

Test tiroidei (TSH, T4) Si esito _____ No

Esame oftalmologico Si esito _____ No

Monitoraggio parametri della crescita

Circonferenza cranio _____

Peso _____

Lunghezza _____

Screening dello sviluppo rispetto alle curve di crescita standardizzate: _____

Osservazioni _____

A QUATTRO-SEI MESI

Esame dell'udito (specificare test) _____ Esito _____

Monitoraggio parametri della crescita

Circonferenza cranio _____

Peso _____

Lunghezza _____

Screening dello sviluppo rispetto alle curve di crescita standardizzate: _____

Osservazioni _____

A NOVE MESI
 Esame audiometrico-comportamentale Sì/Esito _____ No
 Monitoraggio parametri della crescita
 Circonferenza cranio _____
 Peso _____
 Lunghezza _____
 Screening dello sviluppo rispetto alle curve di crescita standardizzate: _____
 Osservazioni _____

A DODICI MESI
 Monitoraggio parametri della crescita
 Circonferenza cranio _____
 Peso _____
 Lunghezza _____
 Screening dello sviluppo rispetto alle curve di crescita standardizzate: _____
 Osservazioni _____

A VENTIQUATTRO MESI
 Monitoraggio parametri della crescita
 Circonferenza cranio _____
 Peso _____
 Lunghezza _____
 Screening dello sviluppo rispetto alle curve di crescita standardizzate: _____
 Osservazioni _____

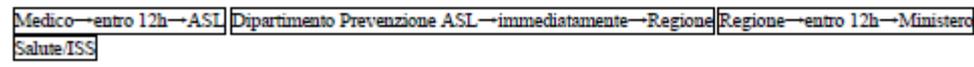
Operatore sanitario che ha compilato la scheda (timbro e firma)
 Nome _____ Cognome _____

In stampatello e leggibile

In stampatello e leggibile

ISTRUZIONI E NOTE PER LA COMPILAZIONE

La scheda va aggiornata e ritrasmessa al momento del parto (nati vivi, nati morti, aborti) e al momento dei controlli di follow-up del neonato a 2 settimane, 1 mese, 2 mesi, 3 mesi, 4-6 mesi, 12 mesi e 24 mesi, secondo il seguente flusso, indipendentemente dal periodo di attività del vettore:



Ogni caso di malformazione congenita da virus Zika va inoltre notificato al Registro Regionale delle Malformazioni Congenite, ove esistente.

Inviare contestualmente a: - Ministero della Salute: via fax: 06/5994.3096 o via mail a malinf@sanita.it; - Istituto Superiore di Sanità, via fax: 06/49904267 -o via email a sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it e a malattierare@iss.it