

Allegato 13 – Scheda per la segnalazione di un caso di arboviroosi eccetto WNV e USUV



**SCHEDA PER LA SEGNALAZIONE DI UN CASO DI
ARBOVIROSI (ECCETTO WNV E USUV)**



Copia della scheda dovrà essere inviata a malinf@sanita.it e a sorveglianza.arboviroosi@iss.it
[COMPILARE IN STAMPATELLO IN MODO LEGGIBILE]

Chikungunya Dengue Virus Zika TBE Virus Toscana Altro

Dati della segnalazione

Data di segnalazione

Regione Asl

Dati di chi compila la scheda

Nome e Cognome del medico

Telefono E-mail

Informazioni Anagrafiche

Nome Cognome

Sesso M F Data di nascita

Luogo di Esposizione

Indicare il luogo di più probabile esposizione (presenza nel luogo nei 15 giorni precedenti l'inizio della sintomatologia)

Nazione

Se in ITALIA, indirizzo Comune

Indicare se si tratta di: Domicilio abituale Altro domicilio

Via di trasmissione

Indicare la via di Vettore Sessuale Trasfusione/Trapianto

Alimentare Altro

(prodotti non pastorizzati)

Se Altro, specificare

Informazioni Generali

Donatore Sì No Tipo di Donatore: Sangue Cellule Tessuti Organi

Ha donato nei 28 giorni precedenti l'inizio dei Sì No

Anamnesi per TRASFUSIONE di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti l'inizio dei sintomi? Sì No

Anamnesi per TRAPIANTO di organi/tessuti/cellule nei 28 giorni precedenti l'inizio dei sintomi? Sì No

Gravidanza Sì No Se sì, N. di settimane

Stato vaccinale

Il soggetto è stato vaccinato per: Tick Borne Encephalitis Sì No Non noto

Febbre Gialla Sì No Non noto

Encefalite Giapponese Sì No Non noto

Informazioni Cliniche

Presenza di sintomi Sì No Data inizio sintomi

Manifestazione Clinica:

Febbre Astenia/Cefalea Artralgia Poliartralgia grave Mialgia Esantema

Nausea vomito Dolore oculare o retro-orbitale Congiuntivite non purulenta/iperemia

Encefalite Meningite Poliradiculoneurite⁵ Meningo-encefalite Encefalomielite

Altro, specificare

Condizioni di rischio preesistenti Sì No Non noto

Se sì, specificare

Ricovero ospedaliero Sì No Non noto

Se sì, Data ricovero Ospedale

⁵ Sindrome di Guillain Barré atipica

Esami di Laboratorio

Esami di laboratorio riferiti a[^]: Chikungunya Dengue Zika Virus TBE Toscana Virus

LIQUOR Si No Non noto Data prelievo del campione

- | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> IgM | <input type="radio"/> Pos | <input type="radio"/> Neg | <input type="radio"/> Dubbio |
| <input type="checkbox"/> IgG | <input type="radio"/> Pos | <input type="radio"/> Neg | <input type="radio"/> Dubbio |
| <input type="checkbox"/> PCR | <input type="radio"/> Pos | <input type="radio"/> Neg | <input type="radio"/> Dubbio |
| <input type="checkbox"/> Isolamento | <input type="radio"/> Pos | <input type="radio"/> Neg | |

SIERO/SANGUE Si No Non noto Data prelievo del campione

- | | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> IgM | <input type="radio"/> Pos | <input type="radio"/> Neg | <input type="radio"/> Dubbio |
| <input type="checkbox"/> IgG | <input type="radio"/> Pos | <input type="radio"/> Neg | <input type="radio"/> Dubbio |
| <input type="checkbox"/> Neutralizzazione | <input type="radio"/> Pos | <input type="radio"/> Neg | <input type="radio"/> Dubbio |
| <input type="checkbox"/> PCR | <input type="radio"/> Pos | <input type="radio"/> Neg | <input type="radio"/> Dubbio |
| <input type="checkbox"/> Isolamento | <input type="radio"/> Pos | <input type="radio"/> Neg | |

URINE Si No Non noto Data prelievo del campione

- | | | | |
|------------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PCR | <input type="radio"/> Pos | <input type="radio"/> Neg | <input type="radio"/> Dubbio |
|------------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------------|

Invio del campione al Laboratorio Si No Se si, data

[^] In caso di coinfezione indicare nelle note il risultato degli esami di laboratorio del secondo patogeno

Esito e Follow-up

(aggiornare l'esito almeno una volta a distanza di 30 giorni)

- | | | |
|--|------|--|
| <input type="checkbox"/> Guarito | Data | <input type="text" value="----/----/-----"/> |
| <input type="checkbox"/> In miglioramento | | (se deceduto, indicare la data del decesso) |
| <input type="checkbox"/> Grave | | |
| <input type="checkbox"/> Deceduto [#] | | |
| <input type="checkbox"/> Non noto | | |
| <input type="checkbox"/> Non applicabile (es. donatore asintomatico) | | |

[#] Si raccomanda di indicare come "deceduto" solo il caso per cui il decesso è ragionevolmente attribuibile all'infezione da Arbovirusi.

Caso:

CONFERMATO

PROBABILE

Tipo di

AUTOCTONO, stessa Regione

AUTOCTONO, proveniente da altra Regione

IMPORTATO, da stato Estero

Note