

**Allegato 9 – Scheda per la segnalazione di un caso umano di infezione da virus WN - USUTU**



**SCHEDA PER LA SEGNALAZIONE DI UN CASO UMANO DI INFEZIONE DA VIRUS WEST NILE - USUTU**



I dati della scheda dovranno essere inseriti nel portale al seguente indirizzo <https://www.iss.it/site/rmi/arbo/><sup>27</sup>

West Nile Virus (WNV) |\_\_| Usutu Virus (USUV) |\_\_| Coinfezione WNV / USUV |\_\_|

**Dati della segnalazione**

Data di segnalazione: |\_\_\_\_\_|

Regione: |\_\_\_\_\_| Asl: |\_\_\_\_\_|

**Dati di chi compila la scheda**

Nome e Cognome del Medico: |\_\_\_\_\_|

Telefono: |\_\_\_\_\_| E-mail: |\_\_\_\_\_|

**Informazioni Generali**

Nome: |\_\_\_\_\_| Cognome: |\_\_\_\_\_|

Sesso: M |\_\_| F |\_\_| Data di nascita: |\_\_\_\_\_| Comune di residenza: |\_\_\_\_\_|

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 sintomatologia)

Nazione: |\_\_\_\_\_|

Se ITALIA, Indirizzo: |\_\_\_\_\_| Comune: |\_\_\_\_\_|

Indicare se si tratta di: Domicilio abituale |\_\_| Altro domicilio |\_\_|

**Anamnesi**

Per TRASFUSIONE di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti l'inizio dei sintomi? Sì |\_\_| No |\_\_| Non noto |\_\_|

Per TRAPIANTI di organi/tessuti/cellule nei 28 giorni precedenti l'inizio dei sintomi? Sì |\_\_| No |\_\_| Non noto |\_\_|

**Informazioni sullo Stato Vaccinale**

Il paziente 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 |\_\_|\*

Febbre: Sì |\_\_| No |\_\_| Non noto |\_\_| Data inizio febbre/altri sintomi: |\_\_\_\_\_|

Manifestazione clinica: Encefalite |\_\_|

Meningite |\_\_|

<sup>27</sup> Solo nel caso in cui non sia possibile l'inserimento dei dati nel portale, compilare la scheda in stampatello in modo leggibile e inviarla via fax o email sia al Ministero della Salute (fax: 06 59943096 e-mail: [malinf@sanita.it](mailto:malinf@sanita.it)) che all'ISS (fax 06 49902476 email: [sorveglianza.arbovirosi@iss.it](mailto:sorveglianza.arbovirosi@iss.it)).

Poliradiculoneurite  (Sindrome di Guillain Barré atipica)  
Paralisi flaccida acuta   
Altro, *specificare*  \_\_\_\_\_

Condizioni di rischio pre-esistenti: Sì  No  Non noto

Se sì, *specificare* \_\_\_\_\_

Il paziente è stato ricoverato? Sì  No  Non noto

Se sì, Data ricovero: | \_\_\_\_\_ | Nome Ospedale: | \_\_\_\_\_ |

### Esami di Laboratorio

LIQUOR: Sì  No  Non noto

Data prelievo del campione: | \_\_\_\_\_ |

IgM Pos  Neg  Dubbio

IgG Pos  Neg  Dubbio

PCR Pos  Neg  Dubbio

Isolamento virale Pos  Neg

SIERO / SANGUE: Sì  No  Non noto

Data prelievo del campione: | \_\_\_\_\_ |

IgM Pos  Neg  Dubbio

IgG Pos  Neg  Dubbio

Neutralizzazione Pos  Neg  Dubbio

PCR Pos  Neg  Dubbio

Test NAT Pos  Neg  Dubbio

Isolamento virale Pos  Neg

URINE: Sì  No  Non noto  Data prelievo del campione: | \_\_\_\_\_ |

PCR Pos  Neg  Dubbio

Solo per WNV, se effettuato il sequenziamento indicare: Lineage 1:  Lineage 2:  Altro: | \_\_\_\_\_ |

Invio del campione al Laboratorio presso ISS: Sì  No  se sì, Data di invio: | \_\_\_\_\_ |

### Esito e Follow-up (aggiornare a 30 giorni)

Esito: Guarito  Data Esito (ultimo aggiornamento): | \_\_\_\_\_ |

In miglioramento

Grave

Deceduto\*

Non noto

Non applicabile

Comparsa di sintomi successiva a riscontro NAT positiva

### Classificazione

	CONFERMATO	PROBABILE
Caso: Neuroinvasivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solo Febbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sintomatico altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Donatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asintomatico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Caso: AUTOCTONO (stessa Regione)  AUTOCTONO (proveniente da altra Regione)  IMPORTATO  (da Stato Estero)

Note:

\*Si raccomanda di indicare nel sistema di sorveglianza come "deceduti" solo casi notificati per cui il decesso è ragionevolmente attribuibile all'infezione notificata.