Allegato 2

SCHEDA DI NOTIFICA E SORVEGLIANZA ARBOVIROSI

**Regione ASL Data di segnalazione:** gg | | | mm | | | aa | | | | | **Data intervista:** gg | | | mm | | | aa | | | | |

**Informazioni sul caso**

Cognome Nome: Sesso: M  F  Data di nascita gg | | | mm | | | aa | | | | |

Luogo di nascita

Comune Provincia Stato

Domicilio abituale:

Via/piazza e numero civico Comune Provincia

Nazionalità Cittadinanza Permanenza **all’estero o in Italia** in zone diverse dal domicilio abituale nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi: SI  NO 

1.
2.
3.
4. Stato Estero/Comune data inizio data fine

Contatto con altri casi nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi SI  NO 

Se sì specificare i nominativi ed i relativi contatti:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Anamnesi positiva per trasfusione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione | SI  | NO |  |
| Anamnesi positiva per donazione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione | SI  | NO |  |
| Vaccinazioni nei confronti di altri Flavivirus: |  |  |  |
| Tick borne encephalitis S N Non noto; Febbre Gialla S N Non noto; Encefalite Giapponese S N Non noto |  |  |  |

**Gravidanza** SI  NO  se sì: settimane | | |

**Solo per Zika**:

rapporti sessuali con partner maschile (anche asintomatico) che ha viaggiato in aree endemiche/epidemiche

SI 

NO 

**Informazioni cliniche**

Data inizio sintomatologia gg | | | mm | | | aa | | | | |

Ricovero SI  NO  se si, Data ricovero gg | | | mm | | | aa | | | | | Data dimissione gg | | | mm | | | aa | | | | | Ospedale Reparto: UTI: SI  NO 

Se ricovero no, visita: MMG/PLS/Guardia Medica  Pronto Soccorso 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Segni e sintomi** | **SI** | **NO** | **NN** |  | **SI** | **NO** | **NN** |
| Febbre |  |  |  | Cefalea |  |  |  |
| Artralgie |  |  |  | Mialgia |  |  |  |
| Rash |  |  |  | Dolore retro-orbitale |  |  |  |
| Astenia |  |  |  | Meningo-encefalite |  |  |  |
| Artrite |  |  |  | Congiuntivite non purulenta /iperemia  |  |  |

Altri segni e sintomi

**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: Data di insorgenza gg | | | mm | | | aa | | | | |

Segni di malformazione in nati da madre esposta:

SI 

NO 

SI 

NO 

Data rilevazione gg | | | mm | | | aa | | | | | Età gestazionale in settimane | | |

Tipo di malformazione: Metodo di rilevazione: Esito della gravidanza: Nato vivo  Nato morto  Aborto spontaneo  IVG  Data gg | | | mm | | | aa | | | | |

pagina **1** di 2

**Test di laboratorio**

Se gravidanza a termine: Cognome neonato Nome neonato

# Ricerca anticorpi IgM nel siero

Data prelievo | | | | | | | | | | | Tipo metodica usata: Titolo Dengue Titolo Chikungunya Titolo Zika Titolo Altro

**Dengue** POS  NEG Dubbio **Chikungunya** POS NEG Dubbio **Zika** POS  NEG Dubbio 

**Altro** POS  NEG Dubbio

# Ricerca anticorpi IgG nel siero

Data prelievo | | | | | | | | | | | Tipo metodica usata: Titolo Dengue Titolo Chikungunya Titolo Zika Titolo Altro

**Dengue** POS  NEG Dubbio **Chikungunya** POS NEG Dubbio **Zika** POS  NEG Dubbio 

**Altro** POS  NEG Dubbio

# Identificazione antigene virale

Data prelievo | | | | | | | | | | | Tipo metodica usata: Dengue (NS1) POS  NEG  NN 

# Test di neutralizzazione

Data prelievo | | | | | | | | | | | Titolo

# PCR

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Siero** Data prelievo | | | | | | | | | | | | **Saliva** Data prelievo | | | | | | | | | | | | **Urine** Data prelievo | | | | | | | | | | | |
| **Dengue** POS  NEG Dubbio **Chikungunya** POS  NEG Dubbio **Zika** POS  NEG Dubbio**Altro** POS  NEG Dubbio | **Dengue** POS  NEG Dubbio **Chikungunya** POS  NEG Dubbio **Zika** POS  NEG Dubbio**Altro** POS  NEG Dubbio | **Dengue** POS  NEG Dubbio **Chikungunya** POS  NEG Dubbio **Zika** POS  NEG Dubbio**Altro** POS  NEG Dubbio |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Isolamento virale (specificare materiale:** | **siero**  **e/o saliva**  | **e/o urine** **)** |  |
| Data prelievo | | | | | | | | | | |**Dengue** POS  NEG Dubbio | **Chikungunya** POS NEG | Dubbio | **Zika** POS  NEG Dubbio  |

**Altro** POS  NEG Dubbio

**Se Dengue**, specificare tipo: DENV1 DENV2 DENV3 DENV4

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Classificazione di caso**: Chikungunya: | PROBABILE  | CONFERMATO  |
| Dengue: | PROBABILE  | CONFERMATO  |
| Zika: | PROBABILE  | CONFERMATO  |
| Altre Arbovirosi, specificare: **Tipo caso:** IMPORTATO  AUTOCTONO  |

***Note (scrivere in stampatello):***

Data di compilazione gg | | | mm | | | aa | | | | | Operatore sanitario che ha compilato la scheda (timbro e firma)

**ISTRUZIONI E NOTE PER LA COMPILAZIONE**

La scheda va compilata per tutti i casi probabili o confermati di Chikungunya, Dengue, Zika e altri Arbovirus Flusso di trasmissione per i casi che insorgono nel periodo di attività del vettore:

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

Flusso di trasmissione per i casi che insorgono nel periodo di ridotta attività del vettore;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Medico→ entro 24h →ASL | Dipartimento Prevenzione ASL→solo casi confermati – periodicità mensile→Regione | Regione→ solo casi |
| confermati – periodicità mensile →Ministero Salute/ ISS |  |

Inviare a: - Ministero della Salute: via fax: 06/5994.3096 o via mail a malinf@sanita.it; - Istituto Superiore di Sanità, via fax: 06/44232444 – 06/49902813 o via email a sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it;

pagina **2** di 2