



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/>²⁷

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: Si|__| No|__| Ha donato nei 28 giorni precedenti: Si|__| 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? Si|__| No|__| Non noto|__|

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

Informazioni sullo Stato Vaccinale

Il paziente è stato vaccinato per: Tick Borne Encephalitis: Si|__| No|__| Non noto|__|
Febbre Gialla: Si|__| No|__| Non noto|__|
Encefalite Giapponese: Si|__| No|__| Non noto|__|

Informazioni Cliniche

Presenza di sintomi: Si|__| No|__|*

Febbre: Si|__| No|__| Non noto|__| Data inizio febbre/altri sintomi: |_____|

Manifestazione clinica: Encefalite |__|
Meningite |__|

²⁷ 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) che all'ISS (fax 06 49902476 email: sorveglianza.arboviroso@iss.it).

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

Condizioni di rischio pre-esistenti: Si No Non noto

Se si, *specificare* _____

Il paziente è stato ricoverato? Si No Non noto

Se si, Data ricovero: | _____ | Nome Ospedale: | _____ |

Esami di Laboratorio

LIQUOR: Si 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: Si 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: Si 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: Si No se si, 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.