Allegato 2

Scheda di segnalazione di caso di West Nile Virus/Usutu virus

IMPORTATO ❑ AUTOCTONO ❑ - PROBABILE ❑ CONFERMATO ❑

1. Regione _____ **2. Azienda Sanitaria/Ospedale**_____

3. Servizio / Reparto _____

4. Dati relativi al paziente:
Cognome: _____ Nome: _____
Sesso: M □ F □ Codice Fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|
Luogo di nascita: _____ Data di nascita |___|___|_____|(gg/mm/aaaa)
Domicilio abituale*: _____ ____ _____
Via/piazza e numero civico Comune Provincia
Luogo di probabile esposizione: (se diverso dal domicilio abituale)

_____ _____ _____
Via/piazza e numero civico Comune Provincia

5. Storia di viaggi nelle tre settimane precedenti l'inizio della sintomatologia:
a. _____ _____ _____
b. _____ _____ _____
Nazione/Città data inizio data fine

6. Anamnesi positiva per <u>trasfusione</u> di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione?
□ S □ N □ Non noto

6bis. Anamnesi positiva per <u>donazione</u> di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione?
□ S □ N □ Non noto

7. Vaccinazione nei confronti di altri flavirus:
Tick borne encephalitis □ S □ N □ Non noto; Febbre Gialla □ S □ N □ Non noto; Encefalite Giapponese □ S □ N □ Non noto

8. Informazioni cliniche:
Donatore di sangue/emocomponenti/organi/tessuti □ S □ N Presenza sintomi: □ S □ N
Febbre > 38.5°C □ S □ N □ Non noto; Se sì, data inizio febbre |___|___|_____| (gg/mm/aaaa)
Manifestazione clinica:
□ Encefalite □ Meningite □ Poliradiculoneurite (Sindrome di Guillain Barrè atipica) □ Paralisi flaccida acuta
□Altro (specificare) _____

9.Presenza di condizioni di rischio preesistenti: □ S □ N
se si, specificare _____

10.Esami di Laboratorio:

□ <u>Liquor</u> data prelievo: |___|___|_____| (gg/mm/aaaa)
Metodica [è possibile indicare più di una risposta]:
□ IgM: Titolo _____ □ pos □ neg □ dubbio □ PCR □ pos □ neg □ dubbio
□ IgG: Titolo _____ □ pos □ neg □ dubbio □ Isolamento virale □ pos □ neg

□ <u>Siero/Sangue</u>, data prelievo: |___|___|_____| (gg/mm/aaaa)
Metodica [è possibile indicare più di una risposta]:
□ IgM Titolo _____ □ pos □ neg □ dubbio □ PCR □ pos □ neg □ dubbio
□ IgG Titolo _____ □ pos □ neg □ dubbio □ Isolamento virale □ pos □ neg
□ Neutralizzazione Titolo_____□ pos □ neg □ dubbio

□ <u>Urine</u>, data prelievo: |___|___|_____| (gg/mm/aaaa)
□ PCR □ pos □ neg □ dubbio

Per WNV se effettuato il sequenziamento inserire il Lineage: □ Lineage 1 □ Lineage 2

Note:_____

11. Esito del caso al momento della segnalazione:
□ Guarito □ Quadro clinico in via di miglioramento □ Quadro clinico grave □ Deceduto □ Non noto

12. Esito del caso al follow-up [30 giorni]:
□ Guarito □ Quadro clinico in via di miglioramento □ Quadro clinico grave □ Deceduto □ Non noto

Data segnalazione |___|___|_____| Medico compilatore _____
telefono _____ telefax _____ e-mail _____

* indicare il domicilio abituale del caso nelle 3 settimane precedenti l'inizio della sintomatologia

Da inserire entro 12 ore dalla segnalazione sul sito web: http://www.simi.iss.it/inserimento_dati.htm oppure solo nel caso in cui non sia possibile l'invio tramite il sito web (esempio: mancanza di accesso ad internet o non disponibili delle credenziali di accesso al sito) sarà possibile inviare via fax o email sia al Ministero della Salute (fax: 06 59943096 e-mail: malinf@sanita.it) che all'ISS (fax: 06 49902476 outbreak@iss.it)