

Scheda di segnalazione di caso di malattia da West Nile 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 _____

5. Storia di viaggio nelle tre settimane precedenti l'inizio della sintomatologia:

a. _____
 b. _____
 Nazione _____ data inizio _____ data fine _____

6a. Anamnesi positiva per trasfusione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione?

☐ S ☐ N ☐ Non noto

6b. Anamnesi positiva per donazione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione?

☐ S ☐ N ☐ Non noto

7. Vaccinazione nei confronti di altri flavivirus:

Tick borne encephalitis ☐ S ☐ N ☐ Non noto; Febbre Gialla ☐ S ☐ N ☐ Non noto; Encefalite Giapponese ☐ S ☐ N ☐ Non noto

8. Informazioni cliniche:

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. Donatore di sangue, emocomponenti, organi e tessuti?: ☐ S ☐ N

10. Esami di Laboratorio:

☐ Liquor 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

☐ Siero/Sangue, 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

☐ Urine, data prelievo: _____ (gg/mm/aaaa)

☐ PCR ☐ pos ☐ neg ☐ dubbio

Se effettuato il sequenziamento specificare Lineage: _____

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 _____

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 44232444/06 49902813 email: sorveglianza.epidemiologia@pec.iss.it).