

SCHEDA DI NOTIFICA E SORVEGLIANZA DI CASO DI:

☐ **CHIKUNGUNYA**

☐ **DENGUE**

☐ **ALTRO**

IMPORTATO ☐

AUTOCTONO ☐

PROBABILE ☐

CONFERMATO ☐

ASL _____ **Distretto** _____

Data di segnalazione: gg ____ mm ____ aa _____ **Data intervista :** gg ____ mm ____ aa _____

Cognome _____ **Nome:** _____

Sesso: M ☐ F ☐ **Data di nascita** gg ____ mm ____ aa _____

Luogo di nascita _____
Comune _____ Provincia _____ Stato _____

Residenza _____
Via/piazza e numero civico _____ Comune _____ Provincia _____

Domicilio abituale: _____
Via/piazza e numero civico _____ Comune _____ Provincia _____

Recapito telefonico del paziente o familiare _____

Permanenza all'estero nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi: SI ☐ NO ☐ se sì specificare

1. _____
2. _____
3. _____
Località _____ data inizio _____ data fine _____

Permanenza in Italia in zone diverse dal domicilio abituale nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi: SI ☐ NO ☐
se sì specificare:

1. _____
2. _____
3. _____
Località _____ data inizio _____ data fine _____

Contatto con altri casi nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi SI ☐ NO ☐ Se sì specificare i nominativi:

Gravidanza SI ☐ NO ☐ se SI: settimane ____

Ricovero SI ☐ NO ☐ se SI ospedale _____

Reparto _____ **UTI** SI ☐ NO ☐

Data ricovero gg ____ mm ____ aa _____ **Data dimissione** gg ____ mm ____ aa _____

Se non ricovero: visita medica SI ☐ NO ☐ se sì MMG/PLS ☐ Guardia Medica/Pronto Soccorso ☐

Data inizio sintomatologia gg ____ mm ____ aa _____

Segni e sintomi	SI	NO	NN		SI	NO	NN
Febbre > 38,5°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artralgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolore retro-orbitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meningo-encefalite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Altri segni/sintomi (specificare): _____

Stato del paziente a 30 giorni: guarigione ☐ persistenza sintomi ☐ decesso ☐ data decesso gg ____ mm ____ aa _____ NN ☐

Test di laboratorioLaboratorio di riferimento**Ricerca anticorpi IgM nel siero**

Data prelievo | | | | | | | |

Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____ Titolo Altro _____Dengue ☐ POS ☐ NEG ☐ Dubbio Chikungunya ☐ POS ☐ NEG ☐ Dubbio Altro _____ ☐ POS ☐ NEG ☐ Dubbio**Ricerca anticorpi IgG nel siero**

Data prelievo | | | | | | | |

Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____ Titolo Altro _____Dengue ☐ POS ☐ NEG ☐ Dubbio Chikungunya ☐ POS ☐ NEG ☐ Dubbio Altro _____ ☐ POS ☐ NEG ☐ Dubbio**Test di neutralizzazione**

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

PCR nel siero

Data prelievo | | | | | | | |

Dengue ☐ POS ☐ NEG ☐ Dubbio Chikungunya ☐ POS ☐ NEG ☐ Dubbio Altro _____ ☐ POS ☐ NEG ☐ DubbioSe Dengue, specificare tipo: ☐ DENV1 ☐ DENV2 ☐ DENV3 ☐ DENV4**Isolamento virale**

Data prelievo | | | | | | | |

Dengue ☐ POS ☐ NEG Chikungunya ☐ POS ☐ NEG Altro _____ ☐ POS ☐ NEG

Classificazione di caso: **Chikungunya:** POSSIBILE ☐ PROBABILE ☐ CONFERMATO ☐
Dengue: POSSIBILE ☐ PROBABILE ☐ CONFERMATO ☐
Altre Arbovirus, specificare: _____

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 e altri Arbovirus

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

Medico → entro 12h → ASL	Dipartimento Prevenzione ASL → entro 24h → Regione	Regione → immediatamente → 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.epidemiologia@pec.iss.it;