

Allegato 9 – Scheda per la segnalazione di un caso umano di infezione da virus WN - USUTU



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

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

Informazioni sullo Stato Vaccinale

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

Informazioni Cliniche

Presenza di sintomi: Sì |__| No |__|*

Febbre: Sì |__| 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.arbovirosi@iss.it).

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

Condizioni di rischio pre-esistenti: Si ☐ No ☐ Non noto ☐

Se sì, *specificare* _____

Il paziente è stato ricoverato? Si ☐ No ☐ Non noto ☐

Se sì, 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 sì, 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	☐	☐
Solo Febbre	☐	☐
Sintomatico altro	☐	☐
Donatore	☐	☐
Asintomatico	☐	☐

Caso: AUTOCTONO (stessa Regione) ☐ AUTOCTONO (proveniente da altra Regione) ☐ IMPORTATO ☐ (da Stato Estero)

Note:

*Si raccomanda di indicare nel sistema di sorveglianza come “decaduti” solo casi notificati per cui il decesso è ragionevolmente attribuibile all’infezione notificata.