Allegato 4

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 <u>trasfusione</u> di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione?
☐ S ☐ N ☐ Non noto

6b. 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:
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:

☐ <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

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).