

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

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

a. _____

b. _____
Nazione/Città data inizio data fine**6. Anamnesi positiva per trasfusione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione?** S N Non noto**6bis. 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 a liquor limpido Poliradiculoneurite (Sindrome di Guillain Barrè atipica) Paralisi flaccida acuta Altro (specificare) _____**9. Presenza di condizioni di rischio preesistenti:** S N

se sì, specificare _____

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**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)