



SCHEDA PER LA SEGNALAZIONE DI UN CASO DI

WEST NILE VIRUS - USUTU VIRUS



Anno 2019

I dati della scheda dovranno essere inseriti nel portale al seguente indirizzo <https://www.iss.it/site/rmi/arbo/>¹

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: |_____|

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: |_____|

¹ 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).

Manifestazione clinica: Encefalite
 Meningite
 Poliradiculoneurite (Sindrome di Guillain Barrè atipica)
 Paralisi flaccida acuta
 Altro, *specificare* _____

Condizioni di rischio pre-esistenti: Si No Non noto

Se si, *specificare* _____

Il paziente è stato ricoverato? Si No Non noto

Se si, **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 si, **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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solo Febbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sintomatico altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Donatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asintomatico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Note: _____

*Si raccomanda di indicare nel sistema di sorveglianza come "deceduti" solo casi notificati per cui il decesso è ragionevolmente attribuibile all'infezione notificata.