

**Scheda di notifica e follow-up dei casi di virus Zika in gravidanza**

Regione \_\_\_\_\_ ASL/Ospedale \_\_\_\_\_

**Primo invio**  **Aggiornamento del gg** |\_\_|\_\_| **mm** |\_\_|\_\_| **aa** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Informazioni anagrafiche sulla puerpera/madre**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita gg |\_\_|\_\_| mm |\_\_|\_\_| aa |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Comune Provincia Stato

Domicilio abituale: \_\_\_\_\_  
Via/piazza e numero civico Comune Provincia

Nazionalità \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Se la cittadinanza non è italiana specificare l'anno di arrivo in Italia: aa |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Anamnesi sui fattori di rischio:

rapporti sessuali durante la gravidanza con partner proveniente da area affetta (indipendentemente dai sintomi) Si  No

residente in un'area dove il vettore principale della malattia è presente: Si  No

ha viaggiato durante la gravidanza in un'area affetta: Si  No

1. \_\_\_\_\_  
Stato Estero data inizio data fine
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

anamnesi positiva per trasfusione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione Si  No

anamnesi positiva per donazione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione Si  No

**Vaccinazioni nei confronti di altri Flavivirus:**

Tick borne encephalitis S  N  Non noto; Febbre Gialla S  N  Non noto; Encefalite Giapponese S  N  Non noto

Contatto con altri casi nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi Si  No

Se si specificare i nominativi ed i relativi contatti:

**Esami di laboratorio effettuati**

**Ricerca anticorpi IgM nel siero** No  Si  se si, specificare:

Data prelievo |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Titolo Zika Risultato POS  NEG  Dubbio   
 Titolo altri flavivirus \_\_\_\_\_ Risultato POS  NEG  Dubbio

**Ricerca anticorpi IgG nel siero** No  Si  se si, specificare:

Data prelievo |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Titolo Zika Risultato POS  NEG  Dubbio   
 Titolo altri flavivirus \_\_\_\_\_ Risultato POS  NEG  Dubbio

**Test di neutralizzazione** No  Si  se si, specificare:

Data prelievo |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Titolo \_\_\_\_\_

**PCR** No  Si  se si, specificare:

<b>Siero</b> Data prelievo  __ __ __ __ __ __	<b>Saliva</b> Data prelievo  __ __ __ __	<b>Urine</b> Data prelievo  __ __ __ __
__ __ __ __	__ __ __ __	__ __ __ __
POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>

**Isolamento virale** No  Si  se si, specificare:

**materiale:** **siero** <sup>1</sup> **e/o saliva** <sup>1</sup> **e/o urine** <sup>1</sup>

Data prelievo |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Risultato POS  NEG  Dubbio

**Classificazione di caso: Zika:** POSSIBILE  PROBABILE  CONFERMATO

**Tipo caso:** IMPORTATO  AUTOCTONO

COMUNE DI MONTE PORZIO CATONE - arrivo - Prot. 10567/PROT del 03/07/2018 - titolo VI - classe 09

ASL RM6 PROTOCOLLO ESTERNO ENTRATA 0036057/2018 con data: 25/06/2018 12:29:28

## Informazioni cliniche

### Segni e sintomi pregressi o in corso

Febbre  Si  No Congiuntiviti  Si  No  
Eritema cutaneo  Si  No Dolori articolari  Si  No  
Dolori muscolari  Si  No Cefalea  Si  No  
Altri \_\_\_\_\_ Nessun segno e/o sintomo  Si  No

Data inizio sintomatologia gg |\_\_| mm |\_\_| aa |\_\_|\_\_|\_\_|

Ricovero SI  NO

se si, Data ricovero gg |\_\_| mm |\_\_| aa |\_\_|\_\_|\_\_| Data dimissione gg |\_\_| mm |\_\_| aa |\_\_|\_\_|\_\_|

Ospedale \_\_\_\_\_ Reparto: \_\_\_\_\_ UTI:  Si  No

## Informazioni gravidanza - parto

Età gestazionale (numero settimane compiute di amenorrea) |\_\_|\_\_| settimane

Termine previsto della gravidanza: gg |\_\_| mm |\_\_| aa |\_\_|\_\_|\_\_|

Data del parto gg |\_\_| mm |\_\_| aa |\_\_|\_\_|\_\_|

Esito della gravidanza: nato vivo a termine  nato vivo pretermine  nato morto  aborto spontaneo  IVG

Struttura in cui è avvenuto il parto e indirizzo \_\_\_\_\_

## ISTRUZIONI E NOTE PER LA COMPILAZIONE

La scheda va compilata per tutte le donne in gravidanza che costituiscono un caso probabile di infezione da virus Zika, e inviata immediatamente e ritrasmessa, alla conferma o meno di infezione della madre, secondo il seguente flusso, indipendentemente dal periodo di attività del vettore:

Medico → entro 12h → ASL | Dipartimento Prevenzione ASL → immediatamente → Regione | Regione → entro 12h → Ministero Salute/ISS

Inviare contestualmente a: - Ministero della Salute: via fax: 06/5994.3096 o via mail a [malinf@sanita.it](mailto:malinf@sanita.it); - Istituto Superiore di Sanità, via fax: 06/49904267 –o via email a [sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it](mailto:sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it) e a [malattierare@iss.it](mailto:malattierare@iss.it)

**Scheda di notifica e follow-up della sindrome congenita associata ad infezione da virus Zika**

Primo invio  Aggiornamento del gg  mm  aa

**Informazioni anagrafiche del bambino**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Sesso  Maschio  Femmina Data di nascita gg  mm  aa

Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
 Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Domicilio abituale: \_\_\_\_\_  
 Via/piazza e numero civico \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Se la cittadinanza non è italiana specificare l'anno di arrivo in Italia: aa

Epoca gestazionale o età a cui è stata diagnosticata la sindrome congenita associata ad infezione da virus Zika:  
 epoca gestazionale in settimane  età: < di 1 mese  Mesi  Anni  Non noto

Data di diagnosi: gg  mm  aa

**Storia materna (se è stata già compilata scheda per la notifica e follow-up dei casi di virus Zika in gravidanza, compilare solo il nome e cognome della madre se no inviare contestualmente le due schede)**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita gg  mm  aa

Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
 Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Domicilio abituale: \_\_\_\_\_  
 Via/piazza e numero civico \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Esami di laboratorio per la conferma di infezione da virus Zika effettuati No  Si  Non Noto

Classificazione di caso: Zika: POSSIBILE  PROBABILE  CONFERMATO

Tipo caso: IMPORTATO  AUTOCTONO

**Informazioni sul neonato/nato morto<sup>1</sup>**

Bambino in vita  Si  No

se no, data di decesso gg  mm  aa

Autopsia eseguita  Si  No referto anatomopatologico finale: (se possibile allegare referto) \_\_\_\_\_

Causa di morte (dal relativo certificato) 1: \_\_\_\_\_ (iniziale)  
 2: \_\_\_\_\_ (intermedia)  
 3: \_\_\_\_\_ (finale)

Se si, vivo a termine  vivo pretermine

data ultima valutazione del bambino gg  mm  aa

**Esami di routine nel bambino**

Peso alla nascita (in grammi) \_\_\_\_\_

Lunghezza alla nascita (in cm) \_\_\_\_\_

Misurazione circonferenza cranica \_\_\_\_\_ (in cm, arrotondata al decimale più vicino)

Presenza di microcefalia (< 2 DS rispetto a valore standard):  Si  No

Presenza di microcefalia grave (< 3 DS rispetto a valore standard):  Si  No

Esiti esame fisico del neonato \_\_\_\_\_

Esiti esame neurologico del neonato \_\_\_\_\_

SCREENING NEONATALE (esito) \_\_\_\_\_

ECOGRAFIA DEL CRANIO  RM  TAC

Presenza di calcificazioni intracraniche:

Si, identificate prima della nascita  Si, identificate dopo la nascita  No  Non noto

Presenza di altre alterazioni intracraniche morfologiche (specificare) \_\_\_\_\_:

Si, identificate prima della nascita  Si, identificate dopo la nascita  No  Non noto

ALTRE MALFORMAZIONI CONGENITE:  Si (specificare) \_\_\_\_\_  No

<sup>1</sup> consultare il nosografico SDO della madre

ESAME OFTALMOLOGICO  Si  No Esito \_\_\_\_\_

ESAME UDITO  Si  No  
Se si, specificare quale \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

**Esami di laboratorio Effettuati**

**PCR** No  Si  se si, specificare:

<b>Siero</b> Data prelievo  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<b>Urine</b> Data prelievo  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<b>Liquido cefalorachidiano</b> Data prelievo  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<b>Placenta</b> Data prelievo  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
---	---	--	--

POS  NEG  Dubbio  POS  NEG  Dubbio  POS  NEG  Dubbio  POS  NEG  Dubbio

**Ricerca anticorpi IgM nel siero** No  Si  se si, specificare:

Data prelievo |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Titolo \_\_\_\_\_ Risultato POS  NEG  Dubbio

**Ricerca anticorpi IgM nel liquido cefalorachidiano** No  Si  se si, specificare:

Data prelievo |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Titolo \_\_\_\_\_ Risultato POS  NEG  Dubbio

**Test di neutralizzazione** No  Si  se si, specificare:

Data prelievo |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Risultato POS  NEG  Dubbio

**Altri eventuali test (specificare)** No  Si  se si, specificare:

Effettuato su \_\_\_\_\_  
Data prelievo |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Risultato POS  NEG  Dubbio

Trasmissione del virus Zika congenita  perinatale

COMUNE DI MONTE PORZIO CATONE - arrivo - Prot. 10567/PROT del 03/07/2018 - titolo VI - classe 09

ASL RM6 PROTOCOLLO ESTERNO ENTRATA 0036057/2018 con data: 25/06/2018 12:29:28

**Follow-up del neonato (se è stata già compilata scheda per la notifica e follow-up della sindrome congenita associata ad infezione da virus Zika compilare solo nome e cognome se no inviare contestualmente le due schede)**

**Primo invio**  **Aggiornamento del gg** \_\_\_\_ mm \_\_\_\_ aa \_\_\_\_

Cognome e nome del neonato \_\_\_\_\_

Data di nascita gg \_\_\_\_ mm \_\_\_\_ aa \_\_\_\_

**A DUE SETTIMANE**

Test tiroidei (TSH, T4)  Si esito \_\_\_\_\_  No

Esame oftalmologico  Si esito \_\_\_\_\_  No

Esame dell'udito (specificare test) \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Monitoraggio parametri della crescita

Circonferenza cranio \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_

Lunghezza \_\_\_\_\_

Screening dello sviluppo rispetto alle curve di crescita standardizzate: \_\_\_\_\_

Osservazioni \_\_\_\_\_

**A UN MESE**

Esame neurologico  Si esito \_\_\_\_\_  No

Monitoraggio parametri della crescita

Circonferenza cranio \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_

Lunghezza \_\_\_\_\_

Screening dello sviluppo rispetto alle curve di crescita standardizzate: \_\_\_\_\_

Osservazioni \_\_\_\_\_

**A DUE MESI**

Esame neurologico  Si esito \_\_\_\_\_  No

Monitoraggio parametri della crescita

Circonferenza cranio \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_

Lunghezza \_\_\_\_\_

Screening dello sviluppo rispetto alle curve di crescita standardizzate: \_\_\_\_\_

Osservazioni \_\_\_\_\_

**A TRE MESI**

Test tiroidei (TSH, T4)  Si esito \_\_\_\_\_  No

Esame oftalmologico  Si esito \_\_\_\_\_  No

Monitoraggio parametri della crescita

Circonferenza cranio \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_

Lunghezza \_\_\_\_\_

Screening dello sviluppo rispetto alle curve di crescita standardizzate: \_\_\_\_\_

Osservazioni \_\_\_\_\_

**A QUATTRO-SEI MESI**

Esame dell'udito (specificare test) \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Monitoraggio parametri della crescita

Circonferenza cranio \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_

Lunghezza \_\_\_\_\_

Screening dello sviluppo rispetto alle curve di crescita standardizzate: \_\_\_\_\_

Osservazioni \_\_\_\_\_

**A NOVE MESI**

Esame audiometrico-comportamentale  Si Esito \_\_\_\_\_  No

Monitoraggio parametri della crescita

Circonferenza cranio \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_

Lunghezza \_\_\_\_\_

Screening dello sviluppo rispetto alle curve di crescita standardizzate: \_\_\_\_\_

Osservazioni \_\_\_\_\_

**A DODICI MESI**

Monitoraggio parametri della crescita

Circonferenza cranio \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_

Lunghezza \_\_\_\_\_

Screening dello sviluppo rispetto alle curve di crescita standardizzate: \_\_\_\_\_

Osservazioni \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**A VENTIQUATTRO MESI**

Monitoraggio parametri della crescita

Circonferenza cranio \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_

Lunghezza \_\_\_\_\_

Screening dello sviluppo rispetto alle curve di crescita standardizzate: \_\_\_\_\_

Osservazioni \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Operatore sanitario che ha compilato la scheda (timbro e firma)

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

In stampatello e leggibile

In stampatello e leggibile

**ISTRUZIONI E NOTE PER LA COMPILAZIONE**

La scheda va aggiornata e ritrasmessa al momento del parto (nati vivi, nati morti, aborti) e al momento dei controlli di follow-up del neonato a 2 settimane, 1 mese, 2 mesi, 3 mesi, 4-6 mesi, 12 mesi e 24 mesi, secondo il seguente flusso, indipendentemente dal periodo di attività del vettore:

Medico → entro 12h → ASL | Dipartimento Prevenzione ASL → immediatamente → Regione | Regione → entro 12h → Ministero Salute/ISS

Ogni caso di malformazione congenita da virus Zika va inoltre notificato al Registro Regionale delle Malformazioni Congenite, ove esistente.

Inviare contestualmente a: - Ministero della Salute: via fax: 06/5994.3096 o via mail a [malinf@sanita.it](mailto:malinf@sanita.it); - Istituto Superiore di Sanità, via fax: 06/49904267 –o via email a [sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it](mailto:sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it) e a [malattierare@iss.it](mailto:malattierare@iss.it)