

SCHEDA DI NOTIFICA E SORVEGLIANZA ARBOVIROSI

Regione **LAZIO**

ASL _____

Data di segnalazione: gg ____ mm ____ aa _____

Data intervista: gg ____ mm ____ aa _____

Informazioni sul caso

Cognome _____ Nome: _____

Sesso: M F Data di nascita gg ____ mm ____ aa _____

Luogo di nascita _____
Comune Provincia Stato

Domicilio abituale: _____
Via/piazza e numero civico Comune Provincia

Nazionalità _____ Cittadinanza _____

Permanenza **all'estero o in Italia** in zone diverse dal domicilio abituale nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi: SI NO

1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
<small>Stato Estero/Comune</small>	<small>data inizio</small>	<small>data fine</small>

Indicare i **luoghi di lavoro o ricreativi** (dove si sono trascorse più di 5 ore diurne al giorno) frequentati nei 7 giorni successivi all'insorgenza dei sintomi:

_____	_____	_____
<small>Via/piazza e numero civico</small>	<small>Comune</small>	<small>Provincia</small>
_____	_____	_____
<small>Via/piazza e numero civico</small>	<small>Comune</small>	<small>Provincia</small>
_____	_____	_____
<small>Via/piazza e numero civico</small>	<small>Comune</small>	<small>Provincia</small>

Contatto con altri casi nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi SI NO

Se si specificare i nominativi ed i relativi contatti:

Anamnesi positiva per trasfusione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Anamnesi positiva per donazione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Vaccinazioni nei confronti di altri Flavivirus:		
Tick borne encephalitis	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/>	Febbre Gialla
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/>	Encefalite Giapponese
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/>	

Gravidanza SI NO se sì: settimane ____

Solo per Zika:

rapporti sessuali con partner maschile (anche asintomatico) che ha viaggiato in aree endemiche/epidemiche SI NO

Informazioni cliniche

Data inizio sintomatologia gg ____ mm ____ aa _____
 Ricovero SI NO se sì, Data ricovero gg ____ mm ____ aa _____ Data dimissione gg ____ mm ____ aa _____
 Ospedale _____ Reparto: _____ UTI: SI NO
 Se ricovero no, visita: MMG/PLS/Guardia Medica Pronto Soccorso

Segni e sintomi	SI	NO	NN	SI	NO	NN
Febbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artralgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolore retro-orbitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meningo-encefalite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congiuntivite non purulenta /iperemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Altri segni e sintomi _____

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

Rilevazione di eventi correlabili a un'infezione da Zika virus:Sindrome di Guillain-Barré o altre polineuriti, mieliti, encefalomieliti acute o altri disturbi neurologici gravi: SI NO Data di insorgenza gg mm aa Segni di malformazione in nati da madre esposta: SI NO Data rilevazione gg mm aa Età gestazionale in settimane

Tipo di malformazione

Metodo di rilevazione: _____

Esito della gravidanza: Nato vivo Nato morto Aborto spontaneo IVG Data gg mm aa

Se gravidanza a termine: Cognome neonato _____ Nome neonato _____

Test di laboratorio**Ricerca anticorpi IgM nel siero**Data prelievo Tipo metodica usata: _____Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____ Titolo Zika _____ Titolo Altro _____Dengue POS NEG Dubbio Chikungunya POS NEG Dubbio Zika POS NEG Dubbio Altro _____ POS NEG Dubbio **Ricerca anticorpi IgG nel siero**Data prelievo Tipo metodica usata: _____Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____ Titolo Zika _____ Titolo Altro _____Dengue POS NEG Dubbio Chikungunya POS NEG Dubbio Zika POS NEG Dubbio Altro _____ POS NEG Dubbio **Identificazione antigene virale**Data prelievo Tipo metodica usata: _____Dengue (NS1) _____ POS NEG NN **Test di neutralizzazione**Data prelievo Titolo _____**PCR**

Siero	Saliva	Urine
Data prelievo <input type="text"/>	Data prelievo <input type="text"/>	Data prelievo <input type="text"/>
<u>Dengue</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Dengue</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Dengue</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>
<u>Chikungunya</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Chikungunya</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Chikungunya</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>
<u>Zika</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Zika</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Zika</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>
<u>Altro</u> _____ POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Altro</u> _____ POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Altro</u> _____ POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>

Isolamento virale (specificare materiale: siero e/o saliva e/o urine Data prelievo Dengue POS NEG Dubbio Chikungunya POS NEG Dubbio Zika POS NEG Dubbio Altro _____ POS NEG Dubbio Se Dengue, specificare tipo: DENV1 DENV2 DENV3 DENV4

		IMPORTATO <input type="checkbox"/>				AUTOCTONO <input type="checkbox"/>	
Tipo caso:							
Classificazione caso:	Chikungunya:	POSSIBILE <input type="checkbox"/>	PROBABILE <input type="checkbox"/>	CONFERMATO <input type="checkbox"/>	NON CASO <input type="checkbox"/>		
	Dengue:	POSSIBILE <input type="checkbox"/>	PROBABILE <input type="checkbox"/>	CONFERMATO <input type="checkbox"/>	NON CASO <input type="checkbox"/>		
	Zika:	POSSIBILE <input type="checkbox"/>	PROBABILE <input type="checkbox"/>	CONFERMATO <input type="checkbox"/>	NON CASO <input type="checkbox"/>		
		Altre Arbovirosi, specificare:					

Note (scrivere in stampatello): _____

Data compilazione gg mm aa PRIMO INVIO AGGIORNAMENTO

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

ISTRUZIONI E NOTE PER LA COMPILAZIONE

La scheda va compilata per tutti i casi possibili, probabili o confermati.

Contatti: SERESMI: via fax: 06 56561845 o via mail: seresmi@pec.inmi.it - Ministero della Salute: via fax: 06/5994.3096 o via mail a malinf@sanita.it - Istituto Superiore di Sanità, via fax: 06/49904276 o via email a sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it.

Figura 1. Flusso di segnalazione in caso POSSIBILE

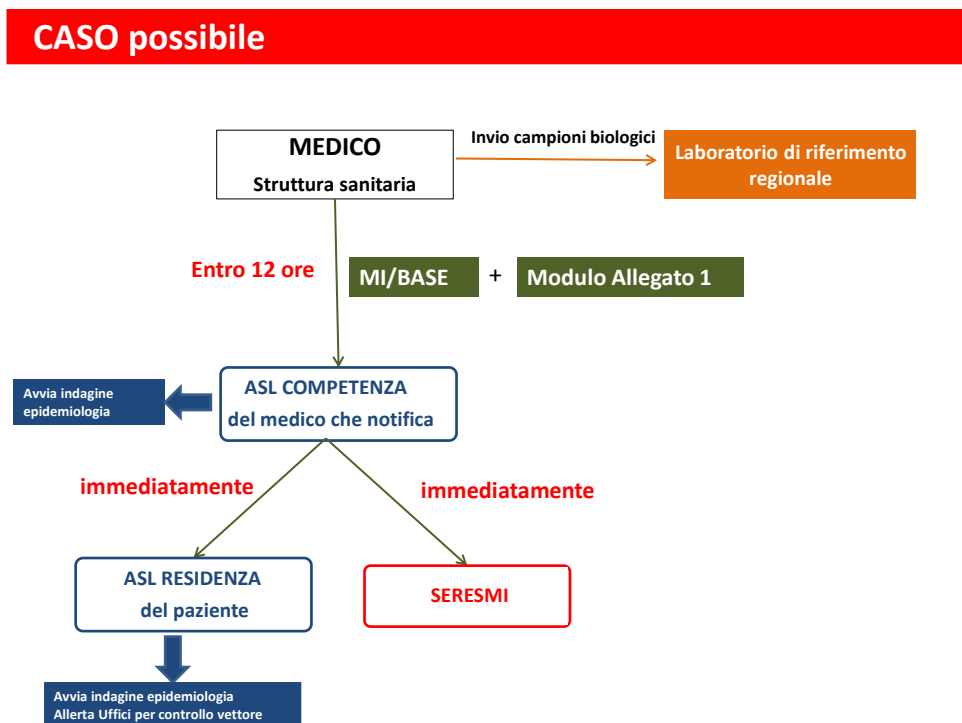


Figura 2. Flusso di segnalazione conseguente alla positività degli esami di laboratorio per caso probabile o confermato

