



SCHEDA PER LA SEGNALEZIONE 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: Si |__| No |__| Ha donato nei 28 giorni precedenti: Si |__| 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? Si |__| No |__| Non noto |__|

Per TRAPIANTI di organi/tessuti/cellule nei 28 giorni precedenti l'inizio dei sintomi? Si |__| No |__| Non noto |__|

Informazioni sullo Stato Vaccinale

Il paziente è stato vaccinato per:

Tick Borne Encephalitis:	Si __	No __	Non noto __
Febbre Gialla:	Si __	No __	Non noto __
Encefalite Giapponese:	Si __	No __	Non noto __

Informazioni Cliniche

Presenza di sintomi: Si |__| No |__| *

Febbre: Si |__| 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 Barré atipica)
 Paralisi flaccida acuta ☐ ☐
 Altro, *specificare* ☐ _____

Condizioni di rischio pre-esistenti: Sì ☐ No ☐ Non noto ☐

Se sì, *specificare* _____

Il paziente è stato ricoverato? Sì ☐ No ☐ Non noto ☐

Se sì, **Data ricovero:** **Nome Ospedale:**

Esami di Laboratorio

LIQUOR: Sì ☐ 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: Sì ☐ 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: Sì ☐ 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: Sì ☐ No ☐ se sì, **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	☐	☐
Solo Febbre	☐	☐
Sintomatico altro	☐	☐
Donatore	☐	☐
Asintomatico	☐	☐

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.