

SCHEDA DI NOTIFICA E SORVEGLIANZA TBE e altre arbovirus e hantavirus

Regione _____ ASL _____

Data di segnalazione: ____/____/____ (gg/mm/aaaa) Data intervista: ____/____/____ (gg/mm/aaaa)

Informazioni sul caso

Cognome _____ Nome: _____

Sesso: M ☐ F ☐ Data di nascita ____/____/____ (gg/mm/aaaa)

Luogo di nascita _____
Comune _____ Provincia _____ Stato _____

Nazionalità _____ Cittadinanza _____

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

Esposizione

Tipo di esposizione (probabile):

- ☐ Lavorativa _____ Specificare (es. Guardia Forestale, Contadino)
☐ Hobby _____ Specificare (es. Trekking, raccolta funghi)

Luogo, probabile di esposizione: _____ Specificare (es. Valli del Pasubio)

Ricordo puntura di zecca: ☐ No ☐ Si data ____/____/____ (gg/mm/aaaa)

Permanenza **all'estero o in Italia** in zone diverse dal domicilio abituale nei 28 giorni precedenti l'inizio dei sintomi: SI ☐ NO ☐

1. _____ ____/____/____ ____/____/____
2. _____ ____/____/____ ____/____/____
Stato Estero/Comune data inizio data fine

Contatto con altri casi nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi¹ SI ☐ NO ☐

Se si specificare i nominativi ed i relativi contatti: _____

Consumo di latte e latticini non pastorizzati SI NO

Se SI: consumati il _____ dove _____ Acquistati il _____ dove _____
altre persone che hanno mangiato lo stesso latte/latticini _____

Anamnesi positiva, nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione per trasfusione di sangue o emocomponenti SI ☐ NO ☐
per donazione di sangue o emocomponenti SI ☐ NO ☐

Vaccinazioni nei confronti di altri Flavivirus: Tick borne encephalitis SI ☐ NO ☐ NN ☐; Febbre Gialla SI ☐ NO ☐ NN ☐;
Encefalite Giapponese SI ☐ NO ☐ NN ☐

Gravidanza: SI ☐ NO ☐ se sì, settimane di gestazione ____/____

Informazioni cliniche

Ricovero: SI ☐ NO ☐ se sì, Data ricovero ____/____/____ (gg/mm/aaaa) Data dimissione ____/____/____ (gg/mm/aaaa)

Ospedale _____ Reparto: _____ UTI: SI ☐ NO ☐

se no, visita presso ☐ MMG/PLS/Guardia Medica ☐ Pronto Soccorso Data visita ____/____/____ (gg/mm/aaaa)

Data inizio sintomatologia: ____/____/____ (gg/mm/aaaa)

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"/>
Vomito/Nausea	<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"/>	Fotofobia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rash cutaneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congiuntivite non purulenta /iperemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parestesie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rigidità nucale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterazione della coscienza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paralisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tremori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emorragie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Altri segni e sintomi: _____

¹ In caso di altre arbovirus e hantavirus

Diagnosi e prognosi

Sindrome simil-influenzale ☐

Meningite asettica ☐

Meningo-encefalite ☐

Encefalite ☐

Altro: _____ Specificare

Sequela: SI ☐ NO ☐ NN ☐ se sì, _____ Specificare

Esito: Vivo ☐ Deceduto ☐ data decesso ____/____/____ (gg/mm/aaaa)

Test di laboratorio

Ricerca anticorpi nel siero

Data 1° prelievo ____/____/____ (gg/mm/aaaa)

IgM: POS ☐ NEG ☐ Dubbio ☐ Titolo: _____ Tipo metodica usata: _____

IgG: POS ☐ NEG ☐ Dubbio ☐ Titolo: _____ Tipo metodica usata: _____

Data 2° prelievo ____/____/____ (gg/mm/aaaa)

IgM: POS ☐ NEG ☐ Dubbio ☐ Titolo: _____ Tipo metodica usata: _____

IgG: POS ☐ NEG ☐ Dubbio ☐ Titolo: _____ Tipo metodica usata: _____

Identificazione antigene virale

Data prelievo ____/____/____ (gg/mm/aaaa) Tipo metodica usata: _____ POS ☐ NEG ☐ Dubbio ☐

Test di neutralizzazione

Data prelievo ____/____/____ (gg/mm/aaaa) Titolo _____ POS ☐ NEG ☐ Dubbio ☐

PCR

Siero: data prelievo ____/____/____ (gg/mm/aaaa) POS ☐ NEG ☐ Dubbio ☐

Liquor: data prelievo ____/____/____ (gg/mm/aaaa) POS ☐ NEG ☐ Dubbio ☐

Saliva: data prelievo ____/____/____ (gg/mm/aaaa) POS ☐ NEG ☐ Dubbio ☐

Urine: data prelievo ____/____/____ (gg/mm/aaaa) POS ☐ NEG ☐ Dubbio ☐

Isolamento virale

(specificare materiale: siero ☐ e/o saliva ☐ e/o urine ☐)

data prelievo ____/____/____ (gg/mm/aaaa) POS ☐ NEG ☐ Dubbio ☐

Classificazione di caso: TBE:

PROBABILE ☐

CONFERMATO ☐

Altre Arbovirosi, specificare: _____

Tipo caso:

IMPORTATO ☐

AUTOCTONO ☐

Note (scrivere in stampatello):

Data di compilazione ____/____/____ (gg/mm/aaaa)

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

ISTRUZIONI E NOTE PER LA COMPILAZIONE

La scheda va compilata per tutti i casi probabili o confermati di TBE

Flusso di trasmissione per i casi:

Medico → entro 24h → ASL | Dipartimento Prevenzione ASL → immediatamente → Regione | Regione → entro 12h → Ministero Salute/ISS

Inviare a: - 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;