



Linee operative per la sorveglianza delle arbovirosi nella Regione Veneto Anno 2018

Versione 2018

ALLEGATI

Allegato 1. Diagramma di flusso delle arbovirosi “di importazione” (soggetti di tutte le età).

Allegato 2. Test diagnostici.

Allegato 3. Scheda di notifica e sorveglianza arbovirosi

Allegato 3 bis - 3 bis 1 Scheda di notifica e follow-up dei casi di virus Zika in gravidanza.

3 bis 2 Scheda di notifica e follow-up della sindrome congenita associata ad infezione da virus Zika – Follow up del neonato.

Allegato 4 - Diagramma di flusso per sospetta infezione da Virus Zika in gravidanza.

Allegato 5. SCHEDA UNICA per richiesta esami Dengue, Chikungunya, Zika, West Nile, Usutu.

Allegato 6. Scheda di segnalazione di caso di West-Nile disease/Usutu virus.

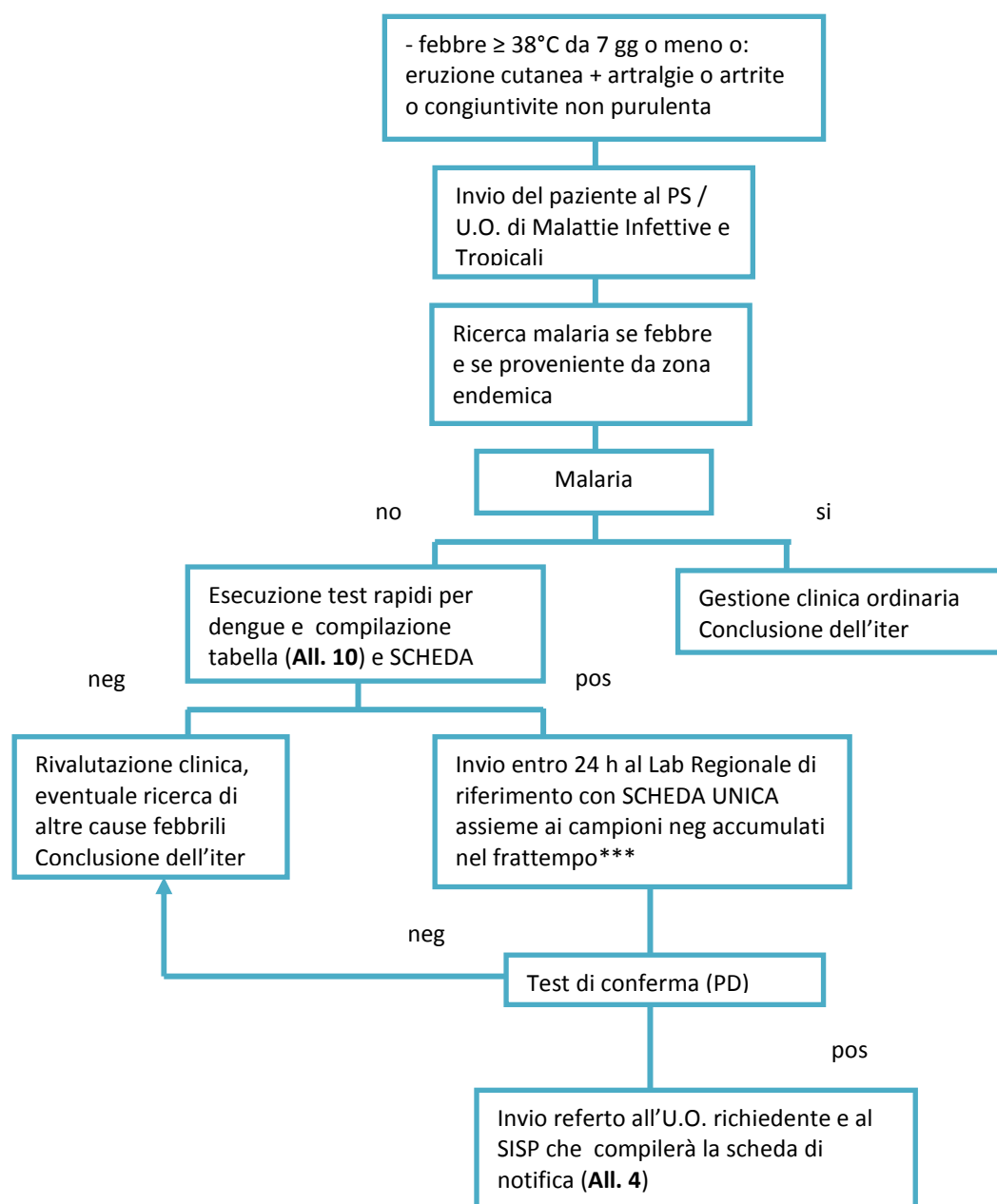
Allegato 7. Scheda di segnalazione di caso di Dengue complicata.

Allegato 8. Tabella settimanale dei casi sottoposti a test di I livello per Dengue, Chikungunya e Zika virus.

Allegato 9. Protocollo operativo per la disinfestazione di emergenza in presenza di caso probabile o confermato di Chikungunya, Dengue o Zika virus.

Allegato 10. Mappe epidemiologiche di OMS (Dengue e Chikungunya) e ECDC (virus Zika).

Allegato 1. DIAGRAMMA DI FLUSSO DELLE ARBOVIROSI DI IMPORTAZIONE (SOGGETTI DI TUTTE LE ETÀ)*.



* In caso di gravidanza, riferirsi all'Allegato n. 10.

**Per ogni nuovo test eseguito, inviare settimanalmente la tabella aggiornata per fax alla U.O. Prevenzione e Sanità Pubblica (041 2791355).

*** Fax della scheda deve essere inviata al SISP che la trasmetterà alla U.O. Prevenzione e Sanità Pubblica (041 2791355), e che contatterà immediatamente l'IZSve per via telefonica (n. 049 8084380 o 348 7297079).

Allegato 2. TEST DIAGNOSTICI.

Test diagnostici di screening, strutture di livello B (U.O. Malattie Infettive e Tropicali, Microbiologia di Verona, Microbiologia di Treviso, Microbiologia di Venezia-Mestre)

a) Dengue test rapidi: Ag Dengue (ICT). Individua l'antigene NS1. Ab anti-dengue (ICT): IgM e IgG. I due test vanno sempre eseguiti entrambi, la positività del test anticorpale configura un **caso probabile**. La positività del test antigenico configura un **caso confermato**. La sensibilità dei due test eseguiti assieme è molto elevata.

b) West Nile Fever: non sono disponibili test rapidi. I centri che optano per eseguire in sede i test di I livello potranno eseguire ricerca di IgM ed IgG con metodo immunoenzimatico. Possibili falsi negativi nei primi 5 giorni dall'inizio dei sintomi, quando le IgM possono non essere comparse.

c) Infezione da virus Zika: non sono disponibili test rapidi. I test sierologici possono dare risultati falsi negativi nei primi 14 giorni dall'inizio dei sintomi, quando le IgM possono non essere comparse, e nei casi di precedente infezione da dengue virus.

In alternativa, campioni possono essere spediti direttamente a Padova con le seguenti modalità:

Modalità di prelievo e invio dei campioni al Laboratorio regionale (le stesse modalità valgono per le infezioni da West Nile virus, dengue virus, chikungunya virus, Zika virus, Usutu virus, e altri arbovirus)

Inviare i seguenti campioni:

Se inizio sintomi ≤ 4 settimane (oppure, per infezione da Zika virus: paziente asintomatico rientrato da area endemica o esposizione da ≤ 4 settimane):

- a. N = 2 provette di sangue in EDTA (provette da emocromo).
- b. N = 1 provetta di sangue senza anticoagulante (provetta da sierologia)
- c. N = 1 campione di urina in contenitore o provetta sterile (per WNV, DENV, ZIKV, USUV).
- d. N = 1 campione di saliva in contenitore sterile (per ZIKV) (opzionale).

Se inizio sintomi > 4 settimane (oppure, per infezione da Zika virus: paziente asintomatico rientrato da area endemica o esposizione da > 4 settimane):

- a. N = 1 provetta di sangue senza anticoagulante (provetta da sierologia)

I campioni devono essere conservati a $+4^{\circ}\text{C}$ e consegnati al laboratorio di Padova entro 72 ore dal prelievo.

Oppure (se non è possibile l'invio a PD entro 72 ore, ad es. durante fine settimana), centrifugare le provette per ottenere le seguenti aliquote di campioni:

- a. N = 2 aliquote da 1.5 mL di plasma (dalle provette in EDTA).
- b. N = 1 aliquota di siero (dalla provetta da sierologia)
- c. N = 1 campione di urina (non centrifugata)
- d. N = 1 campione di saliva (non centrifugata) (opzionale)

I campioni devono essere conservati a -80°C (se impossibile, accettabile anche a -20°C) e inviati congelati al laboratorio di Padova.

Orario di consegna al Laboratorio:

Lunedì-venerdì ore 08:00-17:30

Sabato ore 08:00-12:00

I campioni devono essere sempre accompagnati dalla SCHEDA UNICA di accompagnamento dei campioni per DENGUE, CHIKUNGUNYA, ZIKA, WEST NILE FEVER, USUV (allegato 5) compilata in ogni sua parte.

N.B: per tutte e quattro le virosi, in casi clinicamente sospetti, conservare un'aliquota anche dei negativi, da inviare a Padova in un secondo tempo, e/o ripetere il test dopo 7-10 gg.

Per la raccolta dei campioni da conservare e inviare successivamente conservare almeno 2 aliquote di plasma da 1.5 mL, una aliquota di siero da 1,5 mL e un campione di urina a -80°C (se impossibile, accettabile anche a -20°C).

Test di conferma, struttura di livello C (Laboratorio di riferimento regionale)

a) Dengue

- Ricerca di anticorpi IgM ed IgG su siero con metodica immunoenzimatica e conferma con test di neutralizzazione.
- Ricerca di DENV-RNA mediante real-time RT-PCR su plasma, urina, saliva e tipizzazione dei casi positivi mediante real-time RT-PCR tipo-specifica e sequenziamento.
- Nei casi positivi alla PCR, isolamento virale in coltura.

b) Chikungunya

- Ricerca di anticorpi IgM ed IgG su siero con metodica immunoenzimatica e conferma con test di neutralizzazione.
- Ricerca di CHIKV-RNA mediante real-time RT-PCR ed RT-PCR su plasma o sangue intero.
- Sequenziamento genomico dei casi positivi.
- Nei casi positivi alla PCR, isolamento virale in coltura.

c) West Nile

- Ricerca di anticorpi IgM ed IgG su siero (e liquor) con metodica immunoenzimatica e conferma con test di neutralizzazione.
- Ricerca di WNV-RNA mediante real-time RT-PCR su sangue intero, urina, saliva.
- Sequenziamento genomico dei casi positivi.
- Nei casi positivi alla PCR, isolamento virale in coltura.

La ricerca di WNV-RNA è eseguita anche su liquor nei casi di sospetta malattia neuroinvasiva.

d) Zika virus

- Ricerca di anticorpi IgM ed IgG su siero (e liquor) con metodica immunoenzimatica e conferma con test di neutralizzazione.
- Ricerca di ZIKV-RNA su sangue intero, urina, saliva mediante real-time RT-PCR*.
- Sequenziamento genomico dei casi positivi.
- Nei casi positivi alla PCR, isolamento virale in coltura.

La ricerca di ZIKV-RNA può essere eseguita anche su liquor, liquido seminale, liquido amniotico.

SCHEDA DI NOTIFICA E SORVEGLIANZA ARBOVIROSI

Regione _____ 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** nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi dove la potenziale esposizione si è verificata: SI ☐ NO ☐

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

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:

Via/piazza e numero civico _____	Comune _____	Provincia _____
Via/piazza e numero civico _____	Comune _____	Provincia _____
Via/piazza e numero civico _____	Comune _____	Provincia _____

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 ☐ 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

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"/>	<input type="checkbox"/>
Artralgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mialgia	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Astenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meningo-encefalite	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Altri segni e sintomi _____							

Sindrome di Guillain-Barré o altre polineuriti, mieliti, encefalomieliti acute o altri disturbi neurologici gravi: SI ☐ NO ☐

Segni di malformazione in nati da madre esposta: SI ☐ NO ☐

Tipo di malformazione: _____

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

Se gravidanza a termine: Cognome neonato _____ Nome neonato _____

Ricerca anticorpi IgM nel siero

Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____ Titolo Zika _____ Titolo Altro _____

Dengue POS ☐ NEG ☐ Dubbio ☐ Chikungunya POS ☐ NEG ☐ Dubbio ☐ Zika POS ☐ NEG ☐ Dubbio ☐

Altro _____ POS ☐ NEG ☐ Dubbio ☐

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 ☐

Data prelievo |__| |__| |__| |__| Tipo metodica usata:_____

Dengue (NS1) _____ POS ☐ NEG ☐ NN ☐

Data prelievo |__|_|_|__|_|_|_|_|_| Titolo _____

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

Classificazione di caso: Chikungunya: POSSIBILE ☒ PROBABILE ☐ CONFERMATO ☐

Dengue: POSSIBILE ☒ / PROBABILE ☐ / CONFERMATO ☐

Zika: POSSIBILE ☒ PROBABILE ☐ CONFERMATO ☐

Altre Arbovirosi, specificare:

Tipo caso: IMPORTATO ☐ AUTOCTONO ☐

Note (scrivere in stampatello):

Data di compilazione gg |__|__ mm |__|__ aa |__|__|__|__

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 Chikungunya, Dengue, Zika e altri Arbovirus

Flusso di trasmissione per i casi che insorgono nel periodo di attività del vettore:

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

Flusso di trasmissione per i casi che insorgono nel periodo di ridotta attività del vettore:

Medico→ entro 24h →ASL	Dipartimento Prevenzione ASL→solo casi confermati – periodicità mensile→Regione	Regione→ solo casi confermati – periodicità mensile →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: 06/44232444 – 06/49902813 o via email a sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it;

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. _____ data inizio _____ data fine _____
2. _____ data inizio _____ data fine _____
3. _____ data inizio _____ data fine _____
Stato Estero _____ data inizio _____ data fine _____

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 ☐

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:

Siero Data prelievo ____	Saliva Data prelievo ____	Urine 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 [↑] e/o saliva [↑] e/o urine [↑]

Data prelievo ____ Risultato POS ☐ NEG ☐ Dubbio ☐

Classificazione di caso: Zika:

POSSIBILE ☐ PROBABILE ☐ CONFERMATO ☐

Tipo caso:

IMPORTATO ☐ AUTOCTONO ☐

Informazioni cliniche

Segni e sintomi pregressi o in corso

Febbre	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Congiuntiviti	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Eritema cutaneo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Dolori articolari	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dolori muscolari	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Cefalea	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Altri _____	Nessun segno e/o sintomo		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	

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

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; - Istituto Superiore di Sanità, via fax: 06/49904267 –o via email a sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it e a 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 morto¹

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 sì, 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

¹ consultare il nosografico SDO della madre

ESAME UDITO ☐ Si ☐ No
Se sì, specificare quale _____ Esito _____

PCR No ☐ Si ☐ se si, specificare:

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

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

Test di neutralizzazione No ☐ Si ☐ se sì, specificare:

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

Data prelievo Risultato POS ☐ NEG ☐ Dubbio ☐

Trasmissione del virus Zika congenita ☐ perinatale ☐

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 ☐ No ☐ Si ☐ No
Esame oftalmologico ☐ Si ☐ No ☐ Si ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ No
Esame oftalmologico ☐ Si ☐ 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 ☐ 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.

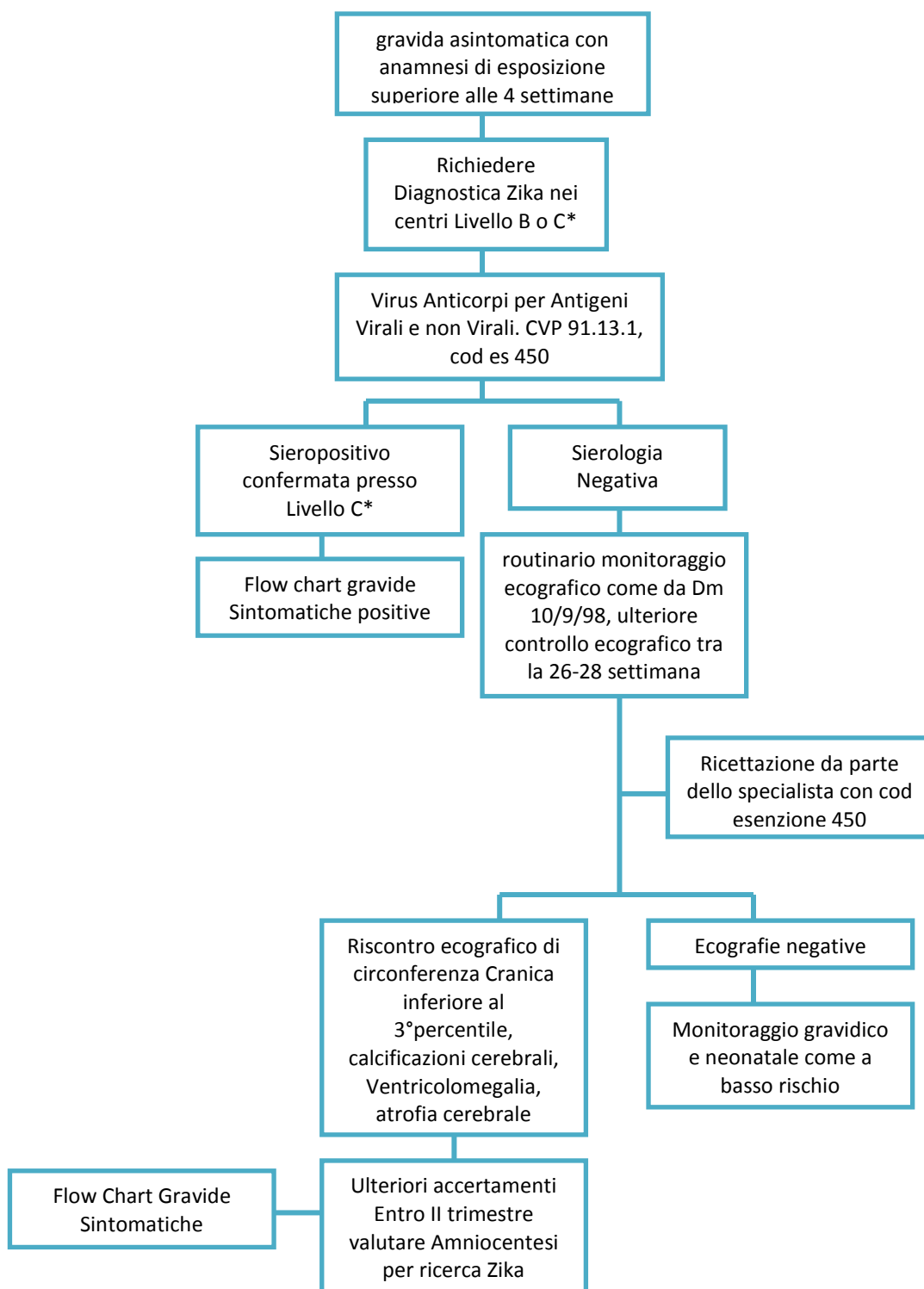
Inviare contestualmente a: - Ministero della Salute: via fax: 06/5994.3096 o via mail a malinf@sanita.it; - Istituto Superiore di Sanità, via fax: 06/49904267 – o via email a sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it e a malattierare@iss.it

Allegato 4. DIAGRAMMA DI FLUSSO PER SOSPETTA INFEZIONE DA VIRUS ZIKA IN GRAVIDANZA.

Flow Chart Gravida Asintomatica con anamnesi di esposizione > 4 settimane.

GRAVIDA ESPOSTA A ZIKA: anamnesi positiva 1. per viaggi durante la gestazione in aree endemiche 2. rapporti sessuali con partner con anamnesi di viaggi in zone endemiche con periodo finestra di 6 mesi.

RICETTAZIONE: redatta esclusivamente dallo specialista ginecologo/infettivologo in esenzione con codice 450 "gravidanza a rischio".



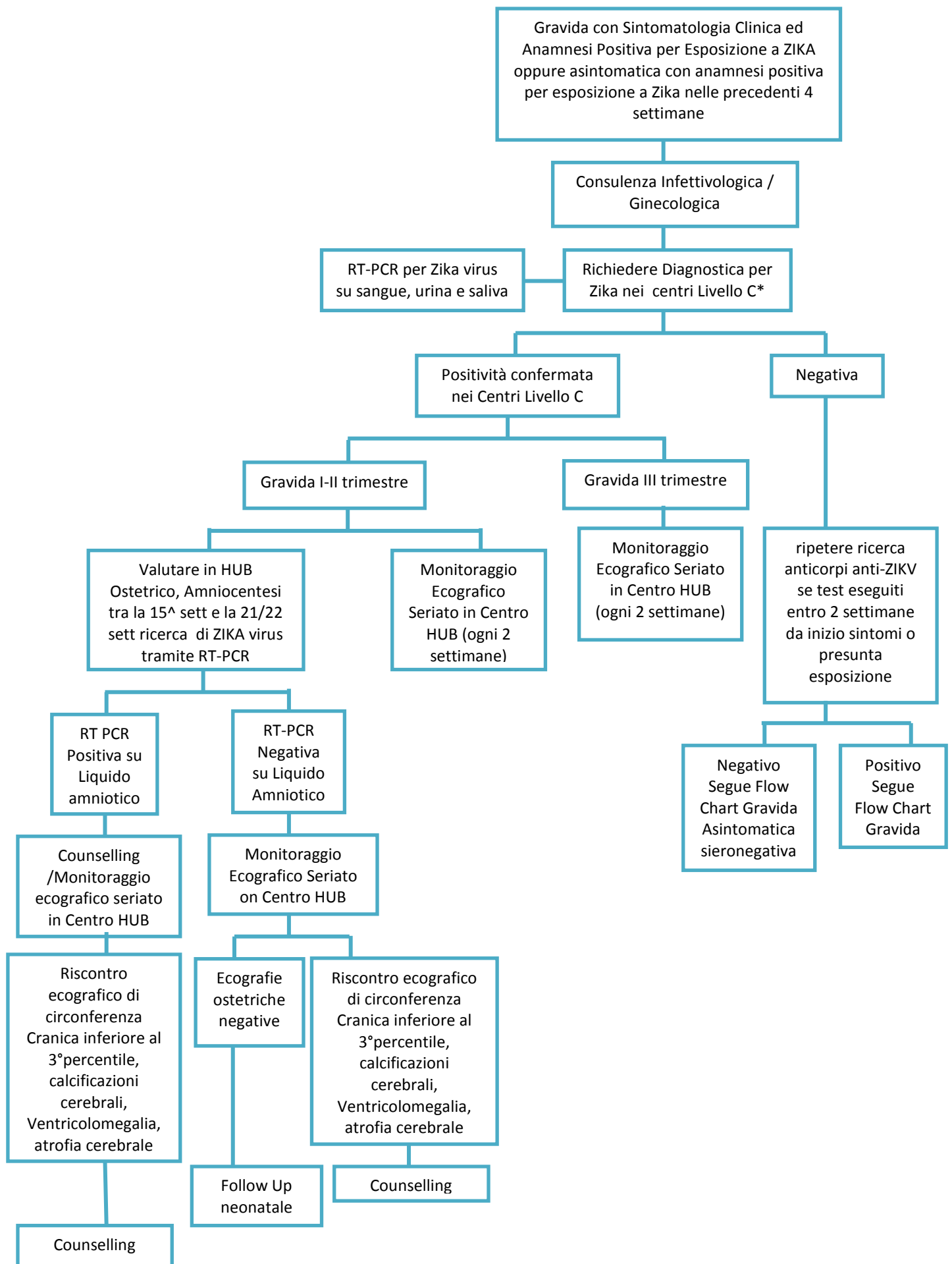
Flow Chart Gravida Sintomatica o Asintomatica con anamnesi di esposizione ≤4 settimane (v. flow-chart pagina successiva).

La gravida oltre all'anamnesi positiva per esposizione (1. per viaggi durante la gestazione in aree endemiche
2. rapporti sessuali con partner con anamnesi di viaggi in zone endemiche con periodo finestra di 6 mesi)
presenta nelle precedenti 4 settimane la seguente sintomatologia:

- febbre ad esordio acuto
- eruzioni cutanee esantematiche a partenza dal volto con diffusione a tutto il corpo

e almeno uno dei seguenti:

- artralgia o artrite in particolare alle mani e ai piedi
- dolori muscolari
- congiuntivite non mucopurulenta
- cefalea



COUNSELING PRECONCEZIONALE

DONNA:

1. nessuna evidenza che Zika causi infezioni congenite in gravidanze con concepimento avvenuto dopo la risoluzione della viremia materna (CDC apr 2016)
2. La donna esposta o con infezione da Zika deve **attendere per un concepimento almeno 8 settimane dall'esordio dei sintomi**
3. metodiche contraccettive

UOMO:

1. Zika è stato isolato nel liquido seminale dalla 2 settimana fino alla 28 settimana dall'inizio dell'infezione
2. il maschio con infezione da Zika o esposto asintomatico deve **attendere per un concepimento almeno 6 mesi dalla fine del soggiorno in zona endemica.**

Allegato 5. SCHEDA UNICA PER RICHIESTA ESAMI DENGUE, CHIKUNGUNYA, ZIKA, WEST NILE, USUTU.

SCHEDA UNICA di richiesta esami per ☐DENGUE ☐CHIKUNGUNYA ☐ZIKA ☐WEST NILE ☐USUTU

Azienda Sanitaria _____ Ospedale/U.O. _____

COGNOME - NOME _____ F ☐ M ☐

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

COMUNE DI RESIDENZA _____ PROV _____

NAZIONALITA' _____ Telefono _____

SOGGIORNO (anche altra provincia italiana) NEI 30 GG PRECEDENTI si ☐ no ☐

Paese/Località _____ data inizio _____ data fine _____

Pregressa DENGUE si ☐ no ☐ CHIKUNGUNYA si ☐ no ☐ ZIKA si ☐ no ☐

VACCINAZIONI PREGRESSE ☐ Febbre gialla ☐ Encefalite giapponese ☐ TBE

DATA INIZIO SINTOMI _____

Temperatura max. riferita _____ Temperatura max registrata _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Artralgie | <input type="checkbox"/> Prurito |
| <input type="checkbox"/> Mialgie | <input type="checkbox"/> Rash cutaneo |
| <input type="checkbox"/> Cefalea | <input type="checkbox"/> Meningite |
| <input type="checkbox"/> Astenia marcata | <input type="checkbox"/> Encefalite |
| <input type="checkbox"/> Linfadenopatia | <input type="checkbox"/> Sindrome di Guillain-Barré |
| <input type="checkbox"/> Altro..... | <input type="checkbox"/> Paralisi flaccida acuta |

ESAMI DI LABORATORIO (se disponibili):

data _____ WBC _____ HCT _____ PLT _____

_____ *data richiesta*

_____ *timbro e firma Medico richiedente*

ESITI esami I livello - Laboratorio di Microbiologia e Virologia di

- ICT Dengue IgM pos ☐ neg ☐ IgG pos ☐ neg ☐ NS1 Dengue pos ☐ neg ☐

_____ *data*

_____ *timbro e firma Medico*

GRAVIDANZA ☐ SI ☐ NO

SETTIMANA GESTAZIONE

Fax a cui inviare esiti esami: _____

U.O. richiedente

SISP

Allegato 6. SCHEDA DI SEGNALEZIONE DI CASO DI WEST NILE DISEASE/USUTU VIRUS.

IMPORTATO ☐ AUTOCTONO ☐ - PROBABILE ☐ CONFERMATO ☐

1. Regione Veneto – Azienda Sanitaria/Ospedale _____

2. Servizio/Reparto _____

3. Dati relativi al paziente: Cognome: _____ Nome: _____

Sesso: M ☐ F ☐ Codice Fiscale _____

Luogo di nascita: _____ Data di nascita: _____

Domicilio abituale*: _____

(Via/Piazza)

(numero civico)

(Comune/Provincia)

4. Storia di viaggi nelle tre settimane precedenti l'inizio della sintomatologia:

Nazione: _____ data inizio _____ Data fine _____

5. Anamnesi positiva per trasfusione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione?

SI ☐ NO ☐ Non noto (NN) ☐

5bis. Anamnesi positiva per donazione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione?

SI ☐ NO ☐ Non noto (NN) ☐

6. Vaccinazione nei confronti di altri flavivirus:

Tick borne encephalitis SI ☐ NO ☐ Non noto (NN) ☐

Encefalite Giapponese SI ☐ NO ☐ Non noto (NN) ☐

Febbre Gialla SI ☐ NO ☐ Non noto (NN) ☐

7. Informazioni cliniche:

Febbre > 38.5°C SI ☐ NO ☐ Non noto (NN) ☐ Se sì, data inizio febbre |_-

_____|_____|_____|

Eruzione cutanea ☐

Cefalea ☐

Artralgie ☐

Mialgie ☐

(gg/mm/aaaa)

Astenia ☐

Linfadenopatia ☐

Malattia neuroinvasiva: SI ☐ NO ☐

Encefalite ☐ Meningite ☐ Poliradiculoneurite (Sindrome di Guillain Barré atipica) ☐ Paralisi Flaccida

Acuta ☐

Altro ☐

(specificare)

8. Presenza di condizioni di rischio preesistenti SI ☐ NO ☐

Se _____ sì, _____ specificare _____

9. Esami di Laboratorio effettuati:

☐ Liquor data prelievo: _____ (gg/mm/aaaa)

Metodica [è possibile indicare più di una risposta]:

☐ IgM: Titolo _____ ☐ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐ PCR ☐ pos ☐ neg ☐ dubbio

☐ IgG: Titolo _____ ☐ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐ Isolamento virale ☐ pos ☐ neg

☐ Siero/Sangue, data prelievo: _____ (gg/mm/aaaa)

Metodica [è possibile indicare più di una risposta]:

☐ IgM: Titolo _____ ☐ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐ PCR ☐ pos ☐ neg ☐ dubbio

☐ IgG: Titolo _____ ☐ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐ Isolamento virale ☐ pos ☐ neg

☐ Neutralizzazione: ☐ pos ☐ neg ☐ dubbio
titolo _____

☐ Urine, data prelievo: _____ (gg/mm/aaaa)

☐ PCR ☐ pos ☐ neg ☐ dubbio

Per WNV se effettuato il sequenziamento inserire il Lineage: ☐ Lineage 1 ☐ Lineage 2

10. Esito del caso al momento della segnalazione:

☐ Guarito ☐ Quadro clinico in via di miglioramento

☐ Quadro clinico grave ☐ Deceduto ☐ Non noto

11. Esito del caso al follow-up [30 giorni]:

☐ Guarito ☐ Quadro clinico in via di miglioramento

☐ Quadro clinico grave ☐ Deceduto ☐ Non noto

DIAGNOSI FINALE:

WNF (West Nile Fever) ☐

WNND (West Nile Neuroinvasive Disease) ☐

Data segnalazione _____ Medico compilatore _____

telefono _____ telefax _____ e-mail _____

QUESTA SCHEDA DEVE ESSERE INVIATA VIA FAX AL SISP

Allegato 7. SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI CASO DI DENGUE COMPLICATA.

Scheda di segnalazione di caso di dengue grave o complicata. La scheda va inviata assieme alla scheda di segnalazione di caso (allegato 3) e si basa sui Criteri WHO 2009 per la classificazione della Dengue.

Cognome _____ Nome: _____	
Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Data di nascita gg __ __ mm __ __ aa __ __ __ __

SEGNALI DI ALLARME <input type="checkbox"/> nausea, vomito <input type="checkbox"/> vomito persistente <input type="checkbox"/> leucopenia <input type="checkbox"/> test del tourniquet positivo <input type="checkbox"/> qualunque segno di allarme	<input type="checkbox"/> dolore addominale <input type="checkbox"/> edemi rilevati clinicamente <input type="checkbox"/> sanguinamento delle mucose <input type="checkbox"/> letargia <input type="checkbox"/> epatomegalia (>2 cm) <input type="checkbox"/> aumento ematocrito con concomitante diminuzione delle piastrine	DENGUE GRAVE Grave perdita di plasma che conduce a: <input type="checkbox"/> shock (DSS) <input type="checkbox"/> accumulo di fluidi con distress respiratorio <input type="checkbox"/> Sanguinamento grave rilevato clinicamente <input type="checkbox"/> AST o ALT > 1.000 <input type="checkbox"/> SNC: alterazione della coscienza <input type="checkbox"/> insufficienza cardiaca <input type="checkbox"/> insufficienza a carico di altri organi (specificare) _____ _____
--	---	--

Allegato 8. TABELLA SETTIMANALE DEI CASI SOTTOPOSTI A TEST DI I LIVELLO PER DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA VIRUS.

Tabella di tutti i casi possibili di DENGUE/CHIKUNGUNYA/ZIKA sottoposti a test di I livello (sia positivi che negativi).

(da compilare per tutti i pazienti sottoposti a test)

U.O. Malattie Infettive e Tropicali di / Lab. – Microbiologia di.....

Settimana dal lun..... a dom.....2017

	N° PZ	INIZIALI PZ	DATA	M/F	ETA'	Ultimo Paese visitato	Data ritorno	NS1 Dengue P o N	Ig M Dengue P o N	Ig M Chiku P o N
	1									
	2									
	3									
	4									
	5									
	6									
	7									
	8									
	9									
	10									

Nome Cognome compilatore_____ Firma _____

(Inviare settimanalmente a U.O. Prevenzione e Sanità Pubblica via fax 041 2791355 o e-mail: francesca.zanella@regione.veneto.it).

Allegato 9. PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA DISINFESTAZIONE DI EMERGENZA IN PRESENZA DI CASO PROBABILE O CONFERMATO DI CHIKUNGUNYA, DENGUE O ZIKA VIRUS.

FASE 1 - Comunicazione

La segnalazione va fatta dal Dipartimento di Prevenzione - SISP a:

Regione

Giuseppina Napoletano – giuseppina.napoletano@regione.veneto.it

Francesca Zanella - francesca.zanella@regione.veneto.it

IZSve di Legnaro

Gioia Capelli - gcapelli@izsvenezie.it

Fabrizio Montarsi - fmontarsi@izsvenezie.it

e p.c. Simone Martini - martini@entostudio.com

Il Dipartimento di Prevenzione provvederà a preallertare il Comune in attesa dell'esito del sopralluogo da parte del personale del Dipartimento di Prevenzione.

FASE 2 - Sopralluogo

Il sopralluogo viene eseguito dal personale SISP (medico e tecnico) interessato dalla segnalazione seguendo le seguenti indicazioni:

1. **Nel caso in cui esista un monitoraggio attivo (con ovitrappole in numero di 1 ovitrappola ogni 5 ettari, verificata 2 volte al mese)** il personale dovrà comunicare entro 24 ore i dati all'IZSve per la valutazione del livello di infestazione.
2. **Nel caso in cui non esista un sistema di monitoraggio attivo** che fornisca informazioni sulla presenza in quel determinato periodo/territorio della zanzara tigre, il personale del SISP dovrà procedere tempestivamente (entro 24 ore dalla segnalazione) a posizionare una trappola BG-Sentinel all'interno o in prossimità dell'abitazione. Queste trappole vanno lasciate in funzione dal primo mattino al crepuscolo.
Oltre all'accertamento della presenza di adulti è necessario verificare l'esistenza di focolai larvali (sottovasi, bidoni, tombini).
I campioni, nel caso in cui non si abbia la possibilità di riconoscere gli adulti di zanzara tigre, dovranno essere conferiti al laboratorio di parassitologia dell'IZSve il giorno successivo alla raccolta.

Ogni ULSS dovrà dotarsi di almeno 2 trappole BG Sentinel per poter effettuare il monitoraggio a seguito della segnalazione.

FASE 3a – Attivazione protocollo di emergenza

L'attivazione del protocollo di emergenza dovrà avvenire a seguito della valutazione del livello di presenza di zanzara tigre sulla base delle seguenti evidenze:

- **Aree dove è presente un monitoraggio attivo:** i dati del monitoraggio inviati all' IZSve verranno elaborati e sulla base della valutazione verrà stabilito se attivare il protocollo di emergenza;
- **Nelle Aree prive di monitoraggio attivo l'attivazione del protocollo di emergenza avverrà a seguito:**
 - delle catture di adulti di zanzara tigre nelle trappole BG Sentinel;
 - al rinvenimento di focolai larvali con presenza di larve di Aedes albopictus;

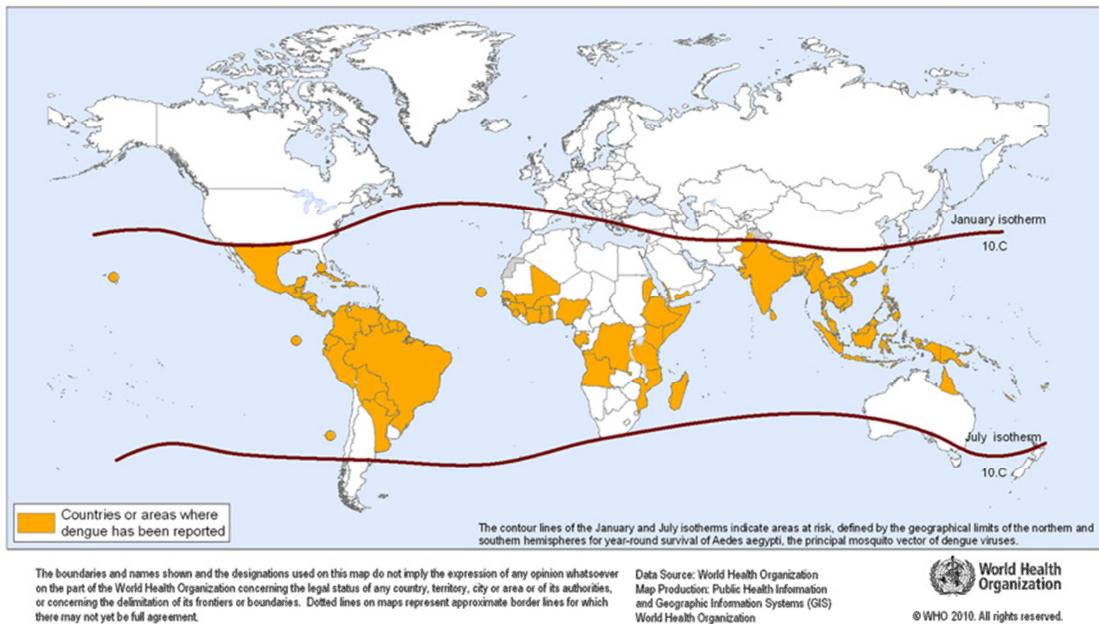
FASE 3b

- comunicazione dell'esito del sopralluogo al Comune;
- nel caso in cui sia richiesto l'attivazione del protocollo di emergenza si darà indicazione al Comune di emettere l'ordinanza di emergenza ed avviare le misure di controllo vettoriale secondo le indicazioni riportate nel Piano Vettori.

Il Servizio Igiene e Sanità Pubblica delle Aziende Ulss avvierà tempestivamente le misure di controllo vettoriale **entro 24 ore** dalla segnalazione del caso probabile.

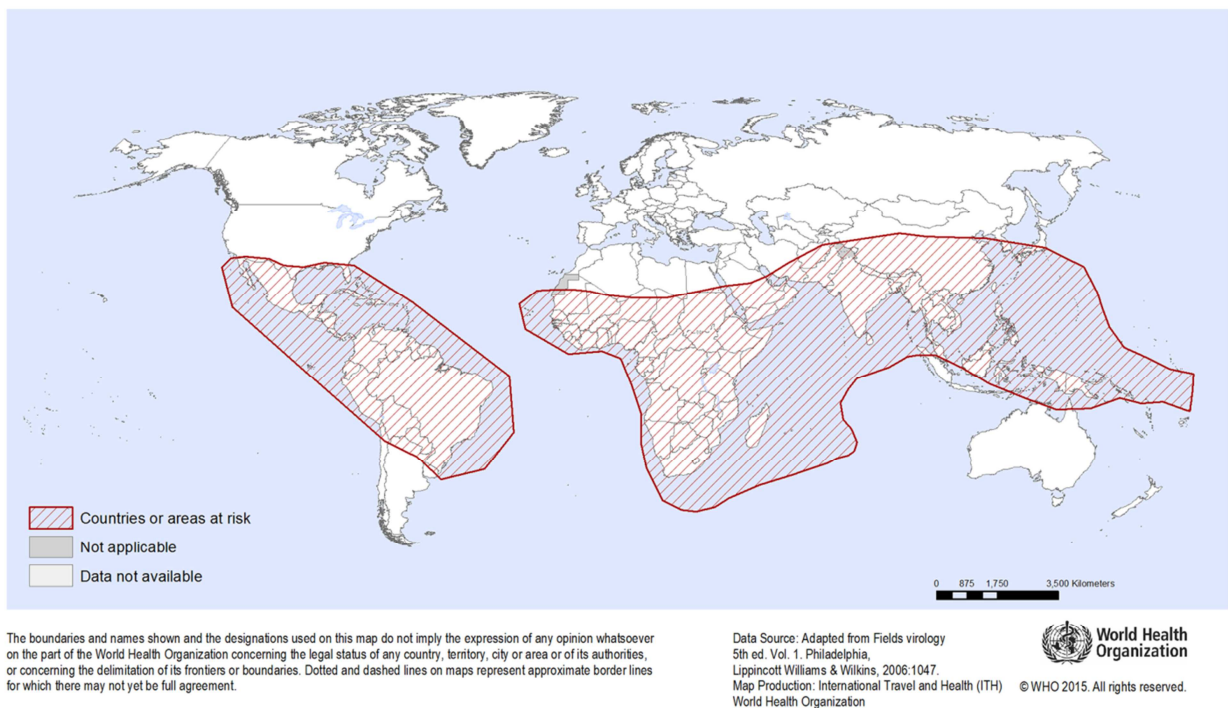
Allegato 10. MAPPE EPIDEMIOLOGICHE DI OMS (DENGUE E CHIKUNGUNYA) E ECDC (VIRUS ZIKA).

Distribuzione geografica della dengue



Distribuzione geografica della Chikungunya

Chikungunya, countries or areas at risk in 2015



Le aree endemiche per Dengue e Chikungunya del 2016 sono sostanzialmente sovrapponibili a quelle del 2015.

Aree di trasmissione Zika virus

