

## 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** in zone diverse dal domicilio abituale nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi: SI ☐ NO ☐

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

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 \_\_\_\_\_

### 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 Data prelievo <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Saliva Data prelievo <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Urine Data prelievo <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Dengue</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/><br><u>Chikungunya</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/><br><u>Zika</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/><br><u>Altro</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"/><br><u>Chikungunya</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/><br><u>Zika</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/><br><u>Altro</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"/><br><u>Chikungunya</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/><br><u>Zika</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/><br><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

|                          |                                      |                                    |                                     |
|--------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Classificazione di caso: | Chikungunya:                         | PROBABILE <input type="checkbox"/> | CONFERMATO <input type="checkbox"/> |
|                          | Dengue:                              | PROBABILE <input type="checkbox"/> | CONFERMATO <input type="checkbox"/> |
|                          | Zika:                                | PROBABILE <input type="checkbox"/> | CONFERMATO <input type="checkbox"/> |
|                          | Altre Arbovirosi, specificare: _____ |                                    |                                     |
| Tipo caso:               |                                      | IMPORTATO <input type="checkbox"/> | AUTOCTONO <input type="checkbox"/>  |

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](mailto:malinf@sanita.it); - Istituto Superiore di Sanità, via fax: 06/44232444 – 06/49902813 o via email a [sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it](mailto:sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it);