

Scheda di notifica e sorveglianza periodica dei casi di virus Zika nelle donne in gravidanza e della sindrome congenita associata ad infezione da virus Zika

Regione _____ ASL/Ospedale _____
 Data segnalazione gg [] [] mm [] [] aa [] [] [] [] Identificativo scheda _____

Informazioni 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 _____

Anamnesi sui fattori di rischio:

rapporti sessuali durante la gravidanza con partner proveniente da area affetta (indipendentemente dai sintomi) Si ☐ No ☐
 residente in una area dove il vettore principale della malattia è presente Si ☐ No ☐
 ha viaggiato durante la gravidanza in una area affetta Si ☐ No ☐

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

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: _____

Test di laboratorio

Ricerca anticorpi IgM nel siero

Data prelievo [] [] [] [] [] [] [] [] Titolo Zika _____ Risultato POS ☐ NEG ☐ Dubbio ☐

Ricerca anticorpi IgG nel siero

Data prelievo [] [] [] [] [] [] [] [] Titolo Zika _____ Risultato POS ☐ NEG ☐ Dubbio ☐

Test di neutralizzazione

Data prelievo [] [] [] [] [] [] [] [] Titolo _____

PCR

Siero Data prelievo [] [] [] [] [] [] [] []	Saliva Data prelievo [] [] [] [] [] [] [] []	Urine Data prelievo [] [] [] [] [] [] [] []
POS ☐ NEG ☐ Dubbio ☐	POS ☐ NEG ☐ Dubbio ☐	POS ☐ NEG ☐ Dubbio ☐

Isolamento virale (specificare materiale: siero ☐ e/o saliva ☐ e/o urine ☐

Data prelievo [] [] [] [] [] [] [] [] Risultato POS ☐ NEG ☐ Dubbio ☐

Classificazione di caso: Zika:

PROBABILE ☐

CONFERMATO ☐

ipo caso:

IMPORTATO ☐

AUTOCTONO ☐

Informazioni cliniche**Segni e sintomi progressi o in corso**

Febbre ☐ Si ☐ No Congiuntiviti ☐ Si ☐ No
Eritema cutaneo ☐ Si ☐ No Dolori articolari ☐ Si ☐ No
Dolori muscolari ☐ Si ☐ No Cefalea ☐ Si ☐ No
Altri _____ Nessun segno e/o sintomo ☐ Si ☐ No

Data inizio sintomatologia gg mm aa Ricovero SI ☐ NO ☐ se si, 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) settimaneTermine 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 _____

Informazioni sul neonato/nato morto³Nato vivo a termine ☐ Nato vivo pretermine ☐ Nato morto ☐

Nome e Cognome del neonato/nato morto o identificativo _____

ESAMI DI ROUTINE

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 ☐ NoPresenza di microcefalia grave (< 3 DS rispetto a valore standard): ☐ Si ☐ No

Esiti esame fisico del neonato _____

Esiti esame neurologico del neonato _____

SCREENING NEONATALE OBBLIGATORIO (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 notoALTRE MALFORMAZIONI CONGENITE: ☐ Si (specificare) _____ ☐ NoEtà gestazionale della diagnosi di malformazione settimaneESAME OFTALMOLOGICO ☐ Si ☐ No Esito _____

ESAME UDITO (specificare quale) _____ Esito _____

TEST DI LABORATORIO SUL VIRUS ZIKA**PCR**

Siero	Urine	Liquido cefalorachidiano	Placenta
Data prelievo 	Data prelievo 	Data prelievo 	Data prelievo
POS ☐ NEG ☐ Dubbio ☐	POS ☐ NEG ☐ Dubbio ☐	POS ☐ NEG ☐ Dubbio ☐	POS ☐ NEG ☐ Dubbio ☐

³ consultare il nosografico SDO della madre

Ricerca anticorpi IgM nel siero

Data prelievo Titolo Risultato POS ☐ NEG ☐ Dubbio ☐

PRNT

Data prelievo Risultato POS ☐ NEG ☐ Dubbio ☐

Altri eventuali test (specificare)

Effettuato su

Data prelievo Risultato POS ☐ NEG ☐ Dubbio ☐

AUTOPSIA:

Data effettuazione

Tipo di campioni raccolti per istopatologia, specificare da quali tessuti

Risultato POS ☐ NEG ☐ Dubbio ☐

Trasmissione del virus Zika congenita ☐ perinatale ☐

ALTRI ESAMI EFFETTUATI

Follow-up del neonato**A DUE SETTIMANE**

Test tiroidei (TSH, T4) ☐ Si esito _____ ☐ No
Esame oftalmologico ☐ Si esito _____ ☐ 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 esito _____ ☐ 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 esito _____ ☐ 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 esito _____ ☐ No
Esame oftalmologico ☐ Si esito _____ ☐ 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

Esito _____

☐ 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 _____

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 tutte le donne in gravidanza sospette di infezione da virus Zika, e inviata al momento del sospetto di infezione nella madre, 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

Successivamente 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, seguendo, per quanto applicabile il flusso di trasmissione dei casi di arbovirus.

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: 06/44232444 - 06/49902813 o via email a sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it e a malattierare@iss.it