

**Allegato 13 – Scheda per la segnalazione di un caso di arbovirosi eccetto WNV e USUV**



**SCHEDA PER LA SEGNALAZIONE DI UN CASO DI  
ARBOVIROSI (ECCETTO WNV E USUV)**



Copia della scheda dovrà essere inviata a [malinf@sanita.it](mailto:malinf@sanita.it) e a [sorveglianza.arbovirosi@iss.it](mailto:sorveglianza.arbovirosi@iss.it)  
[COMPILARE IN STAMPATELLO IN MODO LEGGIBILE]

Chikungunya ☐ Dengue ☐ Virus Zika ☐ TBE ☐ Virus Toscana ☐ Altro

**Dati della segnalazione**

Data di segnalazione

Regione

Asl

**Dati di chi compila la scheda**

Nome e Cognome del medico

Telefono

E-mail

**Informazioni Anagrafiche**

Nome

Cognome

Sesso ☐ M ☐ F

Data di nascita

**Luogo di Esposizione**

Indicare il luogo di più probabile esposizione (presenza nel luogo nei 15 giorni precedenti l'inizio della sintomatologia)

Nazione

Se in ITALIA, indirizzo

Comune

Indicare se si tratta di: ☐ Domicilio abituale ☐ Altro domicilio

**Via di trasmissione**

Indicare la via di

☐ Vettore ☐ Sessuale ☐ Trasfusione/Trapianto

☐ Alimentare ☐ Altro

(prodotti non pastorizzati)

Se Altro, specificare

### Informazioni Generali

Donatore ☐ Si ☐ No

Tipo di Donatore: ☐ Sangue ☐ Cellule ☐ Tessuti ☐ Organi

Ha donato nei 28 giorni precedenti l'inizio dei ☐ Si ☐ No

Anamnesi per TRASFUSIONE di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti l'inizio dei sintomi? ☐ Si ☐ No

Anamnesi per TRAPIANTO di organi/tessuti/cellule nei 28 giorni precedenti l'inizio dei sintomi? ☐ Si ☐ No

Gravidanza ☐ Si ☐ No

Se si, N. di settimane

### Stato vaccinale

Il soggetto 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

Data inizio sintomi \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Manifestazione Clinica:

Febbre ☐ Astenia/Cefalea ☐ Artralgia ☐ Poliartralgia grave ☐ Mialgia ☐ Esantema ☐

Nausea vomito ☐ Dolore oculare o retro-orbitale ☐ Congiuntivite non purulenta/iperemia ☐

Encefalite ☐ Meningite ☐ Poliradiculoneurite<sup>§</sup> ☐ Meningo-encefalite ☐ Encefalomielite ☐

Altro, specificare

Condizioni di rischio preesistenti ☐ Si ☐ No ☐ Non noto

Se si, specificare

Ricovero ospedaliero ☐ Si ☐ No ☐ Non noto

Se si, Data ricovero

Ospedale

<sup>§</sup> Sindrome di Guillain Barré atipica

## Esami di Laboratorio

Esami di laboratorio riferiti a<sup>^</sup>: Chikungunya ☐ Dengue ☐ Zika Virus ☐ TBE ☐ Toscana Virus ☐

### LIQUOR

☐ Si ☐ No ☐ Non noto

Data prelievo del campione

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

☐ IgM ☐ Pos ☐ Neg ☐ Dubbio  
☐ IgG ☐ Pos ☐ Neg ☐ Dubbio  
☐ PCR ☐ Pos ☐ Neg ☐ Dubbio  
☐ Isolamento ☐ Pos ☐ Neg

### SIERO/SANGUE

☐ Si ☐ No ☐ Non noto

Data prelievo del campione

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

☐ IgM ☐ Pos ☐ Neg ☐ Dubbio  
☐ IgG ☐ Pos ☐ Neg ☐ Dubbio  
☐ Neutralizzazione ☐ Pos ☐ Neg ☐ Dubbio  
☐ PCR ☐ Pos ☐ Neg ☐ Dubbio  
☐ Isolamento ☐ Pos ☐ Neg

### URINE

☐ Si ☐ No ☐ Non noto

Data prelievo del campione

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

☐ PCR ☐ Pos ☐ Neg ☐ Dubbio

Invio del campione al Laboratorio

☐ Si ☐ No

Se sì, data

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

<sup>^</sup> In caso di coinfezione indicare nelle note il risultato degli esami di laboratorio del secondo patogeno

## Esito e Follow-up

(aggiornare l'esito almeno una volta a distanza di 30 giorni)

☐ Guarito  
☐ In miglioramento  
☐ Grave  
☐ Deceduto<sup>#</sup>  
☐ Non noto  
☐ Non applicabile (es. donatore asintomatico)

Data

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

(se deceduto, indicare la data del decesso)

<sup>#</sup> Si raccomanda di indicare come "deceduto" solo il caso per cui il decesso è ragionevolmente attribuibile all'infezione da Arbovirus.

## Classificazione del caso

Caso:

- ☐ CONFERMATO  
☐ PROBABILE

Tipo di

- ☐ AUTOCTONO, stessa Regione  
☐ AUTOCTONO, proveniente da altra Regione  
☐ IMPORTATO, da stato Estero

Note