



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato 4 determinazione n. 1511.2016

## Scheda di segnalazione di caso umano di West Nile Virus

IMPORTATO ☐ AUTOCTONO ☐ - PROBABILE ☐ CONFERMATO ☐

1. Regione \_\_\_\_\_ 2. Azienda Sanitaria/Ospedale \_\_\_\_\_

3. Servizio / Reparto \_\_\_\_\_

### 4. Dati relativi al paziente:

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Sesso: M ☐ F ☐ Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ Data di nascita | | | | | (gg/mm/aaaa)

Domicilio abituale\*: \_\_\_\_\_  
Via/piazza e numero civico \_\_\_\_\_ Comune Provincia \_\_\_\_\_

### 5. Permanenza all'estero nelle tre settimane precedenti l'inizio della sintomatologia:

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_  
Nazione \_\_\_\_\_ data inizio \_\_\_\_\_ data fine \_\_\_\_\_

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

☐ S ☐ N ☐ Non noto

### 6bis. Anamnesi positiva per donazione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione?

☐ S ☐ N ☐ Non noto

### 7. Vaccinazione nei confronti di altri flavivirus:

Tick borne encephalitis ☐ S ☐ N ☐ Non noto; Febbre Gialla ☐ S ☐ N ☐ Non noto; Encefalite Giapponese ☐ S ☐ N ☐ Non noto

### 8. Informazioni cliniche:

Febbre N ☐ S ☐; Se sì, data inizio febbre | | | | | (gg/mm/aaaa)

#### Manifestazione clinica:

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

☐ Altro (specificare) \_\_\_\_\_

### 9. Presenza di condizioni di rischio preesistenti: ☐ S ☐ N

Se sì, specificare \_\_\_\_\_

### 10. Esami di Laboratorio:

☐ 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 Titolo \_\_\_\_\_ ☐ pos ☐ neg ☐ dubbio

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

☐ PCR ☐ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐ Isolamento virale ☐ pos ☐ neg

### Se effettuato il sequenziamento inserire il Lineage:

☐ Lineage 1 ☐ Lineage 2

Note: \_\_\_\_\_

### 11. Esito del caso al momento della segnalazione:

☐ Guarito ☐ Quadro clinico in via di miglioramento  
☐ Quadro clinico grave ☐ Deceduto ☐ Non noto

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

☐ Guarito ☐ Quadro clinico in via di miglioramento  
☐ Quadro clinico grave ☐ Deceduto ☐ Non noto

Data segnalazione | | | | | Medico compilatore \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ telefax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

\* Domicilio abituale del caso nelle 3 settimane precedenti l'inizio della sintomatologia

Da inserire entro 12 ore dalla segnalazione sul sito web: <https://www.iss.it/site/rmi/mib/> oppure solo nel caso in cui non sia possibile l'invio tramite il sito web (esempio: mancanza di accesso ad internet o non disponibili delle credenziali di accesso al sito) sarà possibile inviare via fax o email sia al Ministero della Salute (fax: 06 59943096 e-mail: [malinf@sanita.it](mailto:malinf@sanita.it)) che all'ISS (fax 06 44232444 email: [sorveglianza.epidemiologia@pec.iss.it](mailto:sorveglianza.epidemiologia@pec.iss.it)).