

SCHEDA DI NOTIFICA E SORVEGLIANZA DI CASO DI CHIKUNGUNYA DENGUE
IMPORTATO AUTOCTONO
POSSIBILE/PROBABILE ACCERTATO
ASL _____ |__| |__| |__| |__| **Distretto** _____ |__| |__| |__| |__|

Data di segnalazione al SISP: gg |__| |__| mm |__| |__| aa |__| |__| |__| |__| **Data intervista :** gg |__| |__| mm |__| |__| aa |__| |__| |__| |__|

Cognome _____ **Nome:** _____

Sesso: M F **Data di nascita** gg |__| |__| mm |__| |__| aa |__| |__| |__| |__|

Luogo di nascita _____
Comune Provincia Stato
Residenza _____
Via/piazza e numero civico Comune Provincia
Domicilio abituale: _____
Via/piazza e numero civico Comune Provincia
Recapito telefonico del paziente o familiare _____

Permanenza all'estero nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi: SI NO se sì specificare

1. _____
2. _____
3. _____
Località data inizio data fine
Permanenza in Italia in zone diverse dal domicilio abituale nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi: SI NO
se sì specificare:

1. _____
2. _____
3. _____
Località data inizio data fine
Contatto con altri casi nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi SI NO Se sì specificare i nominativi:

Gravidanza SI NO se SI: settimane |__| |__|

Ricovero SI NO se SI ospedale _____

Reparto _____ UTI SI NO
Data ricovero gg |__| |__| mm |__| |__| aa |__| |__| |__| |__| **Data dimissione** gg |__| |__| mm |__| |__| aa |__| |__| |__| |__|

Se non ricovero: visita medica SI NO se sì MMG/PDF Guardia Medica/Pronto Soccorso
Data inizio sintomatologia gg |__| |__| mm |__| |__| aa |__| |__| |__| |__|

Segni e sintomi	SI	NO	NN		SI	NO	NN
Febbre > 38,5°C	<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 cutaneo	<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"/>

Altri segni/sintomi (specificare): _____

Dengue emorragica/Dengue con Shock

Segni e sintomi	SI	NO	NN
Febbre >38,5°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO	NN		SI	NO	NN
Segni emorragici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ipoproteinemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trombocitopenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prova del laccio (del tourniquet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emoconcentrazione (HCT \geq 20%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Segni e sintomi di shock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ascite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Versamento pleurico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Stato del paziente a 30 giorni: guarigione persistenza sintomi decesso data decesso gg || mm || aa |||| NN

Test di conferma di laboratorio

Laboratorio di riferimento regionale

Ricerca anticorpi IgM
 Data 1° prelievo |||||| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____
 Data 2° prelievo |||||| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____

Ricerca anticorpi IgG
 Data 1° prelievo |||||| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____
 Data 2° prelievo |||||| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____

Ricerca anticorpi Ig totali
 Data 1° prelievo |||||| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____
 Data 2° prelievo |||||| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____

Laboratorio di riferimento nazionale

Ricerca anticorpi IgM
 Data 1° prelievo |||||| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____
 Data 2° prelievo |||||| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____

Ricerca anticorpi IgG
 Data 1° prelievo |||||| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____
 Data 2° prelievo |||||| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____

Ricerca anticorpi Ig totali
 Data 1° prelievo |||||| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____
 Data 2° prelievo |||||| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____

Biologia molecolare
 Data prelievo ||||||

Lab. di riferimento regionale Dengue _____ POS NEG NN Chikungunya POS NEG NN
Lab. di riferimento nazionale Dengue _____ POS NEG NN Chikungunya POS NEG NN

Isolamento virale
 Data prelievo ||||||

Lab. di riferimento regionale Dengue _____ POS NEG NN Chikungunya POS NEG NN
Lab. di riferimento nazionale Dengue _____ POS NEG NN Chikungunya POS NEG NN

Classificazione di caso: **Chikungunya:** POSSIBILE PROBABILE CONFERMATO
Dengue: POSSIBILE PROBABILE CONFERMATO

Note: _____

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 possibili/probabili o accertati di Chikungunya e Dengue segnalati al Servizio Sanità pubblica
Flusso di trasmissione per i casi che insorgono nel periodo di attività del vettore:

Medico → entro 12h → ASL | Dipartimento Prevenzione ASL → entro 24h → Regione | Regione → immediatamente → Ministero Salute/ ISS

Flusso di trasmissione per i casi che insorgono nel periodo di assenza di 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, Ufficio 05 Ex DGPREV-Malattie Infettive e Profilassi Internazionale, D. G. Prevenzione, via fax: 06/5994.3096 o via mail a malinf@sanita.it; - ISS CNESPS Reparto Epidemiologia delle Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità, via fax 06 44232444 o via mail a outbreak@iss.it; - ISS-MIPI Dr.ssa Loredana NICOLETTI e Dr.ssa Maria Grazia CIUFOLINI, via fax 06 49902082

DEFINIZIONI DI CASO DI FEBBRE CHIKUNGUNYA

Criterio clinico: esordio acuto di febbre $>38,5^{\circ}\text{C}$ e poliartralgia grave (tale da limitare le normali attività quotidiane), in assenza di altre cause

Criterio epidemiologico: caso che abbia soggiornato nei 15 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi in Paesi in cui la malattia è endemica, o in caso di focolai autoctoni, venga evidenziata una correlazione epidemiologica tra il caso indice e 2 o più casi autoctoni

Criteri di laboratorio

- Presenza di anticorpi di tipo IgM anti-CHIKV nel siero evidenziata da saggi sierologici (Inibizione dell'emoagglutinazione (HI), Test di neutralizzazione, Test immunoenzimatici e IFA)
- PCR positiva nel siero per CHIKV, evidenziata attraverso metodi molecolari (Real time PCR, Nested-PCR)
- Isolamento virale effettuato su campioni di siero prelevati entro 5 giorni dalla comparsa dei sintomi.

I campioni biologici vanno trasportati secondo la normativa vigente per i "campioni diagnostici". Per il trasporto dei campioni di siero si consiglia di eseguire preventivamente la sieratura e successivamente inviare i campioni a $+4^{\circ}\text{C}$. Per trasporti brevi, compresi nell'intervallo temporale di 24-48 ore, si può anche non procedere alla sieratura, in tal caso il campione può essere inviato a temperatura ambiente.

In base a quanto esposto sopra, si definiscono le seguenti definizioni di caso:

Caso possibile: caso che soddisfa il criterio clinico

Caso probabile: caso che soddisfa il criterio clinico e il criterio epidemiologico

Caso confermato: il caso probabile che soddisfa almeno 1 dei criteri di laboratorio esposti in precedenza

DEFINIZIONI DI CASO DI FEBBRE DENGUE

Criterio clinico

Dengue classica: Qualunque persona che presenti: febbre $> 38,5^{\circ}\text{C}$ che perdura da 2-7 giorni, e almeno 2 o più dei seguenti: dolore oculare o retro-orbitale, cefalea, rash cutaneo maculo papulare, mialgia, artralgie.

Dengue emorragica/Dengue con shock: qualsiasi persona che presenti: febbre che perdura da 2 a 7 giorni **e tutti i seguenti:** evidenza di manifestazioni emorragiche o prova del laccio o del tourniquet positive, trombocitopenia (≤ 100.000 cellule/ mm^3), emocoagulazione (un incremento $\geq 20\%$ superiore alla media per l'età o una riduzione dell'ematocrito $\geq 20\%$ dai valori normali in seguito a fluidoterapia endovenosa), versamento pleurico, ascite, ipo-proteinemia all'elettroforesi proteica, segni e sintomi del collasso cardio-circolatorio.

Criterio epidemiologico: caso che abbia soggiornato nei 15 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi in Paesi in cui la malattia è endemica, o in caso di focolai autoctoni, venga evidenziata una correlazione epidemiologica tra il caso indice e 2 o più casi autoctoni

Criteri di laboratorio

- Isolamento del virus in sangue, liquor cefalo-rachidiano o altri tessuti entro 5 giorni dalla comparsa dei sintomi
- PCR positiva per DENV in tessuti, sangue, fluido cefalo-rachidiano o altro fluido corporeo;
- Presenza di anticorpi di tipo IgM anti-DENV nel siero evidenziata da saggi sierologici (Inibizione dell'emoagglutinazione (HI), Test di neutralizzazione, Test immunoenzimatici e IFA)
- Sieroconversione da un titolo negativo per anticorpi IgM anti-DENV in un campione di siero prelevato in fase acuta (< 5 giorni dopo l'insorgenza dei sintomi) in positivo per IgM anti-DENV, in un campione raccolto ≥ 5 giorni dopo l'insorgenza dei sintomi;
- Dimostrazione di un incremento di almeno 4 volte del titolo anticorpale IgG o positività all'inibizione dell'emoagglutinazione in campioni in doppio di siero ottenuto in fase acuta e in convalescenza;
- Anticorpi di tipo IgM isolati nel liquor.

In base a quanto esposto sopra, si definiscono le seguenti definizioni di caso:

Caso possibile: caso che soddisfa il criterio clinico

Caso probabile: caso che soddisfa il criterio clinico e il criterio epidemiologico

Caso confermato: il caso probabile che soddisfa almeno 1 dei criteri di laboratorio esposti in precedenza

Scheda di segnalazione di cluster autoctono di Dengue/Chikungunya

Regione/PP.AA _____ **Azienda sanitaria** _____

Cluster autoctono accertato sospetto

di Dengue

Chikungunya

che ha coinvolto persone esposte (residenti/domiciliate; presenti per lavoro, studio, ecc.) nel/i **Comune/i** di:

1) _____

2) _____

3) _____

Numero di casi alla data di segnalazione _____, di cui ricoverati in ospedale _____

Data insorgenza del primo caso noto __/__/_____ Comune di _____

Data insorgenza dell'ultimo caso noto __/__/_____ Comune di _____

I casi hanno coinvolto comunità/collettività? sì no

se sì, specificare _____, _____

N. di casi per i quali è stato inviato almeno un campione biologico al lab. di riferimento _____

Indicare a quale laboratorio di riferimento: nazionale c/o ISS regionale c/o _____

L'area geografica interessata dai casi è sottoposta a sorveglianza entomologica? sì no

È stata attivata la procedura per le attività di disinfestazione nel/i Comune/i interessati? sì no

Nel caso il cluster sia accertato:

a) è stata identificata una correlazione epidemiologica con un caso importato? sì no

se sì, indicare il luogo (Stato) di contagio _____ e la data di inizio sintomi __/__/_____ del caso indice;

b) è stata effettuata la disinfestazione straordinaria attorno al domicilio o ad altri luoghi frequentati dai casi autoctoni? sì no

NOTE: _____

Data di segnalazione __/__/_____ Operatore sanitario _____

Recapito _____ tel. _____