

**SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI UN CASO UMANO DI INFEZIONE DA VIRUS WEST NILE – USUTU**

West Nile Virus ☐ Usutu Virus ☐ Coinfezione WNV/USUV ☐

**Dati della segnalazione**

☐ Prima segnalazione ☐ Aggiornamento

**Regione LAZIO**

**ASL di riferimento** \_\_\_\_\_

Data segnalazione/aggiornamento |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

**Dati di chi compila la scheda**

Cognome e nome del medico \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Azienda sanitaria/Ospedale \_\_\_\_\_

Servizio/Reparto \_\_\_\_\_

**Dati del paziente / informazioni generali**

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

Sesso: M ☐ F ☐ Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ Data di nascita |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Provincia |\_|\_|

Donatore: Sì ☐ No ☐ Ha donato nei 28 giorni precedenti: Sì ☐ No ☐

Tipologia di donatore: Sangue ☐ Cellule ☐ Tessuti ☐ Organi ☐

**Luogo di più probabile esposizione:**

presenza nel luogo nelle 3 settimane precedenti l'inizio della sintomatologia

Se **ITALIA**, indirizzo:

Via/piazza e numero civico \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia |\_|\_|

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

Storia di viaggi nelle 3 settimane precedenti l'inizio della sintomatologia:

|              |                     |                     |
|--------------|---------------------|---------------------|
| 1. _____     | _ _ / _ _ / _ _ _ _ | _ _ / _ _ / _ _ _ _ |
| 2. _____     | _ _ / _ _ / _ _ _ _ | _ _ / _ _ / _ _ _ _ |
| 3. _____     | _ _ / _ _ / _ _ _ _ | _ _ / _ _ / _ _ _ _ |
| Stato/comune | Data inizio         | Data fine           |

**Anamnesi**

**Trasfusione di sangue/emocomponenti nei 28 giorni precedenti l'inizio dei sintomi/segnalazione?**

Sì ☐ No ☐ Non noto ☐

**Trapianti di organi/tessuti/cellule nei 28 giorni precedenti l'inizio dei sintomi/segnalazione?**

Sì ☐ No ☐ Non noto ☐

**Vaccinazioni nei confronti di altri Flavivirus:**

Tick borne encephalitis Sì ☐ No ☐ Non noto ☐

Febbre Gialla Sì ☐ No ☐ Non noto ☐

Encefalite Giapponese Sì ☐ No ☐ Non noto ☐

**Informazioni cliniche**
**Sintomi** Si ☐ No ☐
**Febbre >38.5 °C** Si ☐ No ☐ Data inizio febbre \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

| X | Manifestazione clinica                                | Data sintomatologia |
|---|-------------------------------------------------------|---------------------|
|   | Encefalite                                            | ____/____/____      |
|   | Meningite                                             | ____/____/____      |
|   | Poliradiculoneurite / sindrome Guillain Barrè atipica | ____/____/____      |
|   | Paralisi flaccida                                     | ____/____/____      |
|   | Altro, specificare<br>_____<br>_____                  | ____/____/____      |

**Condizioni di rischio preesistenti:** Sì ☐ No ☐ Se sì, specificare \_\_\_\_\_

**Il paziente è stato ricoverato?** Sì ☐ No ☐ Non noto ☐

 se sì, **data ricovero** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Data dimissione** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Ospedale** \_\_\_\_\_ **Reparto** \_\_\_\_\_

**Informazioni di laboratorio**
**LIQUOR**
**data prelievo:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**West Nile** (è possibile indicare più di una risposta):

☐ IgM: Titolo \_\_\_\_\_ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐  
☐ IgG: Titolo \_\_\_\_\_ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐  
☐ PCR pos ☐ neg ☐ dubbio ☐  
☐ Isolamento virale pos ☐ neg ☐

**USUTU** (è possibile indicare più di una risposta):

☐ IgM: Titolo \_\_\_\_\_ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐  
☐ IgG: Titolo \_\_\_\_\_ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐  
☐ PCR pos ☐ neg ☐ dubbio ☐  
☐ Isolamento virale pos ☐ neg ☐

**SIERO/SANGUE**
**data prelievo:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**West Nile** (è possibile indicare più di una risposta):

☐ IgM: Titolo \_\_\_\_\_ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐  
☐ IgG: Titolo \_\_\_\_\_ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐  
☐ PCR pos ☐ neg ☐ dubbio ☐  
☐ Neutralizzazione pos ☐ neg ☐ dubbio ☐  
☐ Test NAT pos ☐ neg ☐ dubbio ☐  
☐ Isolamento virale pos ☐ neg ☐ dubbio ☐

**USUTU** (è possibile indicare più di una risposta):

☐ IgM: Titolo \_\_\_\_\_ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐  
☐ IgG: Titolo \_\_\_\_\_ pos ☐ neg ☐ dubbio ☐  
☐ PCR pos ☐ neg ☐ dubbio ☐  
☐ Neutralizzazione pos ☐ neg ☐ dubbio ☐  
☐ Test NAT pos ☐ neg ☐ dubbio ☐  
☐ Isolamento virale pos ☐ neg ☐ dubbio ☐

**URINE**
**data prelievo:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**West Nile**

☐ PCR pos ☐ neg ☐ dubbio ☐  
☐ Sequenziamento Lineage 1 ☐ Lineage 2 ☐  
 Altro ☐ \_\_\_\_\_

**USUTU**
☐ PCR pos ☐ neg ☐ dubbio ☐
**Invio campioni al Laboratorio** Si ☐ No ☐ Se sì, data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Esito e Follow-up

- ☐ Guarito
- ☐ Deceduto (*decesso ragionevolmente attribuibile all'infezione notificata*)
- ☐ In Miglioramento
- ☐ Grave
- ☐ Non noto
- ☐ Comparsa sintomi successiva a riscontro NAT positiva
- ☐ Non applicabile (es. donatore asintomatico)

### Indicare la data dell'esito

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

## Classificazione del caso

|                      |                                    |                                     |
|----------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Neuroinvasiva</b> | Probabile <input type="checkbox"/> | Confermato <input type="checkbox"/> |
| <b>Solo Febbre</b>   | Probabile <input type="checkbox"/> | Confermato <input type="checkbox"/> |
| <b>Sintomatico</b>   | Probabile <input type="checkbox"/> | Confermato <input type="checkbox"/> |
| <b>Donatore</b>      | Probabile <input type="checkbox"/> | Confermato <input type="checkbox"/> |
| <b>Asintomatico</b>  | Probabile <input type="checkbox"/> | Confermato <input type="checkbox"/> |

**AUTOCTONO (Stessa Regione)** ☐ **AUTOCTONO (Altra Regione)** ☐ **Importato (Stato estero)** ☐

Note (scrivere in stampatello):

---



---



---

## ISTRUZIONI E NOTE PER LA COMPILAZIONE

Il medico che sospetta il caso compila e invia la scheda di sorveglianza alla ASL di competenza al solo sospetto.

Il medico che ha in carico il caso (es. medico di reparto) ritrasmette la scheda aggiornata non appena disponibili gli esiti delle indagini di laboratorio con la classificazione di caso probabile o confermato.

Contatti: SERESMI: via mail: [seresmi@pec.inmi.it](mailto:seresmi@pec.inmi.it)