

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 ≥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 laboratorio

Laboratorio di riferimento regionale

Ricerca anticorpi IgM nel siero

Data 1° prelievo |__|__|__|__|__|__|__| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____
Titolo Zika _____

Data 2° prelievo |__|__|__|__|__|__|__| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____
Titolo Zika _____

Ricerca anticorpi IgG nel siero (sieroconversione)

Data 1° prelievo |__|__|__|__|__|__|__| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____
Titolo Zika _____

Data 2° prelievo |__|__|__|__|__|__|__| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____
Titolo Zika _____

Ricerca anticorpi Ig totali siero

Data 1° prelievo |__|__|__|__|__|__|__| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____
Titolo Zika _____

Data 2° prelievo |__|__|__|__|__|__|__| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____
Titolo Zika _____

Laboratorio di riferimento nazionale

Ricerca anticorpi IgM

Data 1° prelievo |__|__|__|__|__|__|__| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____
Titolo Zika _____

Data 2° prelievo |__|__|__|__|__|__|__| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____
Titolo Zika _____

Ricerca anticorpi IgG

Data 1° prelievo |__|__|__|__|__|__|__| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____
Titolo Zika _____

Data 2° prelievo |__|__|__|__|__|__|__| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____
Titolo Zika _____

Ricerca anticorpi Ig totali

Data 1° prelievo |__|__|__|__|__|__|__| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____
Titolo Zika _____

Data 2° prelievo |__|__|__|__|__|__|__| Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____
Titolo Zika _____

PCR nel siero o sangue

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

Lab. di riferimento regionale Zika _____ POS NEG NN

Lab. di riferimento nazionale Zika _____ 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 Lab. di riferimento regionale Zika _____ POS NEG NN Lab. di riferimento nazionale Zika _____ POS NEG NN Classificazione di caso: **Chikungunya:** POSSIBILE PROBABILE CONFERMATO **Dengue:** POSSIBILE PROBABILE CONFERMATO **Zika virus:** 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, Dengue e Zika virus.

- 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 V-Malattie Infettive e Profilassi Internazionale, DG Prevenzione, via fax: 06/5994.3096 o via mail a malinf@sanita.it; ISS – CNESPS, Reparto Epidemiologia Malattie Infettive, via fax 06 44232444 o via mail a outbreak@iss.it; Dipartimento Malattie Infettive Parassitarie ed Immunomediate – Istituto Superiore di Sanità, via fax: Fax 06 49902813 o via e-mail: arbo.mipi@iss.it.