Scheda di notifica e follow-up dei casi di virus Zika in gravidanza					
Regione ASL/Ospedale					
□ Primo invio □ Aggiornamento del gg _ mm _ aa _ _					
Informazioni anagrafiche sulla puerpera	madre				
Cognome	Non	ne			
Data di nascita gg mm aa					
Luogo di nascitaComune					
Domicilio abituale:		Provi	incia S	tato	
Via/piazza e numero civic Nazionalità			Comune	Provincia	
Se la cittadinanza non è italiana specificare			I		
Anamnesi sui fattori di rischio:					
rapporti sessuali durante la gravidanza con	•	*	•	ntomi) Si□ No □	
residente in un'area dove il vettore principa ha viaggiato durante la gravidanza in un'are		resente: Si			
1					
2					
3					
Stato Estero			data inizio	data fine	
anamnesi positiva per trasfusione di sangue	o emocomponenti r	ei 28 giorni preced	lenti la diagnosi/segna	ılazione Si□ No □	
anamnesi positiva per donazione di sangue					
Vaccinazioni nei confronti di altri Flaviviru	s:				
Tick borne encephalitis S N \square Non noto; l	Febbre Gialla S N	Non noto; Encefali	ite Giapponese S N	Non noto	
Contatto con altri casi nei 15 giorni precede					
Se sì specificare i nominativi ed i relativi co		III 31	110 1		
Esami di laboratorio effettuati					
Ricerca anticorpi IgM nel siero No 🗆	Si □ se si	, specificare:			
Data prelievo	Titolo <u>Zika</u>	•	Risultato POS □	NEG □ Dubbio □	
2 mm prenevo		vivirus	-	NEG □ Dubbio □	
Disawa antigami IoC nal giona Na =					
Ricerca anticorpi IgG nel siero No 🗆		, specificare:			
Data prelievo			Risultato POS	NEG □ Dubbio □	
	Titolo altri fla	vivirus	Risultato POS □	NEG □ Dubbio □	
Test di neutralizzazione No 🗆	Si □ se si	, specificare:			
Data prelievo T	itolo				
PCR No □ Si □ se si, specifica	re:				
Siero Data prelievo _	Saliva Data preli	evo	Urine Data	prelievo _	
				_	
$POS \Box^{\tilde{l}} \Box NEG^{\tilde{l}} \Box$ Dubbio $\tilde{l}\Box$	POS □ ^ĵ □NEG ^ĵ □	Dubbio∫⊓	POS □ [†] □NI	EGĺ□ Dubbio ĺ□	
Isolamento virale No □ Si □ se si	, specificare:				
materiale: siero i	e/o saliva i	e/o urine Î			
	isultato POS □ NEC	3 □ Dubbio □		_	
Classifications di casa 7:1	DOG	CIDII E - DD	ODADILE - COM	EEDMATO -	
Classificazione di caso: Zika:			OBABILE CONI	FERMATO □	

Informazioni cliniche							
Segni e sintomi pregressi o in corso							
Febbre	□ Si	$ \square No$	Congiuntiviti	□ Si		□ No	
Eritema cutaneo	□ Si	□ No	Dolori articolari	□ Si		□ No	
Dolori muscolari	□ Si	□ No	Cefalea	□ Si		□ No	
Altri		Nessun	segno e/o sintomo	□ Si	□ No		
Data inizio sintomatologia gg mm aa _							
Ricovero SI \square							
se si, Data ricovero gg mm aa Data dimissione gg mm aa							
OspedaleUTI: \square Si \square No							
Informazioni gravidanza - parto							
Età gestazionale (numero settimane compiute di amenorrea) _ settimane							
Termine previsto della gravidanza: gg _ mm _ aa _							
Data del parto gg _ mm aa _							
Esito della gravidanza: nato vivo a termine nato vivo pretermine nato morto aborto spontaneo							
Struttura in cui è avvenuto il parto e indirizzo							

ISTRUZIONI E NOTE PER LA COMPILAZIONE

La scheda va compilata per tutte le donne in gravidanza che costituiscono un caso probabile di infezione da virus Zika, e inviata immediatamente e ritrasmessa, alla conferma o meno di infezione della madre, secondo il seguente flusso, indipendentemente dal periodo di attività del vettore:

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

Inviare contestualmente a: - Ministero della Salute: via fax: 06/5994.3096 o via mail a **malinf@sanita.it**; - Istituto Superiore di Sanità, via fax: 06/49904267 -o via email a **sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it** e a **malattierare@iss.it**

Scheda di notifica e fol	low-up della sindrome	e congenita associa	ta ad infezione da viru	s Zika
□ Primo invio □ A	ggiornamento del gg	mm _ a	a	
Informazioni anagrafiche del bambino				
	Nome _ emmina	Data di nascita gg	g mm aa	
Luogo di nascitaComune			Provincia	Stato
Domicilio abituale:Via/piazza e numero			Comune	Provincia
Nazionalità				
Se la cittadinanza non è italiana specificare	l'anno di arrivo in Itali	a: aa _ _		
Epoca gestazionale o età a cui è stata diagn epoca gestazionale in settimane _		ngenita associata ad		
Data di diagnosi: gg mm aa	_			
Storia materna (se è stata già compilata : nome e cognome della madre se no invia			i di virus Zika in gravi	danza, compilare solo il
Cognome	Nome _			
Data di nascita gg mm aa Luogo di nascita				
Comune		Provincia	Stato	
Domicilio abituale: Via/piazza e numero civio		Com	 une	Provincia
Nazionalità				
Esami di laboratorio per la conferma di infe	ezione da virus Zika eff	ettuati No 🗆	Si 🗆 Non Noto 🗆]
Classificazione di caso: Zika:	POSSIBILE \Box	PROBABILE \square	CONFERMATO \Box	
Tipo caso:	$IMPORTATO \ \Box$	AUTOCTONO D]	
Informazioni sul neonato/nato morto ¹				
Bambino in vita ☐ Si se no, data di decesso gg ☐ ☐ mm ☐ ☐ N	o referto anatomopato	ologico finale: (se po	ossibile allegare referto)	
Causa di morte (dal relativo certificato)	1:			(iniziale)
Se si, vivo a termine_□ data ultima valutazione del bambino gg	mm _ aa	vivo pretermine	3	
Esami di routine nel bambino				
Peso alla nascita (in grammi)	(in cm, ar valore standard): betto a valore standard):	□ Si □ Si	□ No □ No	
SCREENING NEONATALE (esito)				
ECOGRAFIA DEL CRANIO □ RM Presenza di calcificazioni intracraniche: □ Si, identificate prima della nascita □ S Presenza di altre alterazioni intracraniche n	i, identificate dopo la na		□ Non noto :	
	i, identificate dopo la na	ascita No	□ Non noto	□ No

¹ consultare il nosografico SDO della madre

ESAME OFTALMOLOGICO	□ Si	□ No	Esito ₋				
ESAME UDITO	□ Si	□ No					
Se si, specificare quale			Esito				
Esami di laboratorio Effetti	ıati						
PCR No □		Si □ se	si, specificare	e:			
Siero	,	Urine		Liquido cefal	orachidiano	Placenta	
Data prelievo		Data prelievo		Data prelievo		Data prelievo	
		_	_				
POS □ NEG□ Dubbio □		POS □ NEG□	Dubbio □	POS NEG	□ Dubbio 「□	POS □ NEG□	Dubbio □
Ricerca anticorpi IgM nel s	iero	No □ Si	□ se si, s	specificare:			
Data prelievo _		_ Titolo		Risultato	POS 🗆	NEG□ Dubb	io 🗆
Ricerca anticorpi IgM nel liquido cefalorachidiano No Si se si, specificare:							
Data prelievo _		Titolo		Risultato	POS 🗆	NEG□ Dubb	io□
Test di neutralizzazione		No □ Si	□ se si, s	specificare:			
Data prelievo _		_ Risultato	POS	□ NEG□ D	ubbio□		
Altri eventuali test (specific	are)	No □	Si □	se si, specif	icare:		
Effettuato su							
Data prelievo _		Risultato	POS	□ NEG□ D	ubbio□		
Trasmissione del virus Zika		congenita		perinatale]		

	omphata scheda per la notifica e follow-up della sindrome cong nome e cognome se no inviare contestualmente le due schede)	enita associata ad
	Aggiornamento del gg _ mm _ aa _	
Cognome e nome del neonato Data di nascita gg mm	aa	
A DUE SETTIMANE		
Test tiroidei (TSH, T4) Esame oftalmologico Esame dell'udito (specificare test) Monitoraggio parametri della crescita Circonferenza cranio Peso Lunghezza	to alle curve di crescita standardizzate:	
		- -
A UN MESE		
Esame neurologico	sito □ No to alle curve di crescita standardizzate:	- - -
A DUE MESI		
Monitoraggio parametri della crescita Circonferenza cranio Peso Lunghezza Screening dello sviluppo rispet	to alle curve di crescita standardizzate:	_ -
		=
Esame oftalmologico	sito Do	- -
	Esito to alle curve di crescita standardizzate:	
A vove versi		-
Osservazioni	□ Si Esito to alle curve di crescita standardizzate:	□ No

A DODICI MESI		
Monitoraggio parametri della crescita		
Circonferenza cranio		
Peso		
Lunghezza		
Screening dello sviluppo rispetto alle	curve di crescita standardizzate:	_
		_
		_
A VENTIQUATTRO MESI		
Monitoraggio parametri della crescita		
Circonferenza cranio		
Peso		
Lunghezza		
Screening dello sviluppo rispetto alle	curve di crescita standardizzate:	
		_
		_
		_
Operatore sanitario che ha compilato la scheda	(timbro e firma)	
•	Cognome	
In stampatello e leggibile	In stampatello	

ISTRUZIONI E NOTE PER LA COMPILAZIONE

La scheda va aggiornata e ritrasmessa al momento del parto (nati vivi, nati morti, aborti) e al momento dei controlli di follow-up del neonato a 2 settimane, 1 mese, 2 mesi, 3 mesi, 4-6 mesi, 12 mesi e 24 mesi, secondo il seguente flusso, indipendentemente dal periodo di attività del vettore:

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

Ogni caso di malformazione congenita da virus Zika va inoltre notificato al Registro Regionale delle Malformazioni Congenite, ove esistente.

Inviare contestualmente a: - Ministero della Salute: via fax: 06/5994.3096 o via mail a malinf@sanita.it; - Istituto Superiore di Sanità, via fax: 06/49904267 -o via email a sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it e a malattierare@iss.it