

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 _____ Nome _____

Data di nascita gg ____ mm ____ aa _____

Luogo di nascita _____
Comune Provincia Stato

Domicilio abituale: _____
Via/piazza e numero civico Comune Provincia

Nazionalità _____ Cittadinanza _____

Se la cittadinanza non è italiana specificare l'anno di arrivo in Italia: aa _____

Anamnesi sui fattori di rischio:

rapporti sessuali durante la gravidanza con partner proveniente da area affetta (indipendentemente dai sintomi) Si No

residente in un'area dove il vettore principale della malattia è presente: Si No

ha viaggiato durante la gravidanza in un'area affetta: Si No

1. _____ data inizio _____ data fine _____
 2. _____ data inizio _____ data fine _____
 3. _____ data inizio _____ data fine _____

Stato Estero

data inizio

data fine

anamnesi positiva per trasfusione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione Si No

anamnesi positiva per donazione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione Si No

Vaccinazioni nei confronti di altri Flavivirus:

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

Contatto con altri casi nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi Si No

Se si specificare i nominativi ed i relativi contatti:

Esami di laboratorio effettuati

Ricerca anticorpi IgM nel siero No Si se si, specificare:

Data prelievo ____ | ____ | _____ Titolo Zika _____ Risultato POS NEG Dubbio
 Titolo altri flavivirus _____ Risultato POS NEG Dubbio

Ricerca anticorpi IgG nel siero No Si se si, specificare:

Data prelievo ____ | ____ | _____ Titolo Zika _____ Risultato POS NEG Dubbio
 Titolo altri flavivirus _____ Risultato POS NEG Dubbio

Test di neutralizzazione No Si se si, specificare:

Data prelievo ____ | ____ | _____ Titolo _____

PCR No Si se si, specificare:

Siero Data prelievo ____ ____ _____	Saliva Data prelievo ____ ____ _____	Urine Data prelievo ____ ____ _____
____ _____	____ _____	____ _____
POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>

Isolamento virale No Si se si, specificare:

materiale: siero e/o saliva e/o urine

Data prelievo ____ | ____ | _____ Risultato POS NEG Dubbio

Classificazione di caso: Zika: POSSIBILE PROBABILE CONFERMATO

Tipo caso: IMPORTATO AUTOCTONO

Informazioni cliniche

Segni e sintomi pregressi o in corso

Febbre Si 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 NO

se si, Data ricovero gg |__| mm |__| aa |__|__|__| Data dimissione gg |__| mm |__| aa |__|__|__|

Ospedale _____ Reparto: _____ UTI: Si 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 IVG

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

Follow-up del neonato (se è stata già compilata scheda per la notifica e follow-up della sindrome congenita associata ad infezione da virus Zika compilare solo nome e cognome se no inviare contestualmente le due schede)

Primo invio **Aggiornamento del gg** **mm** **aa**

Cognome e nome del neonato _____

Data di nascita gg mm aa

A DUE SETTIMANE

Test tiroidei (TSH, T4) Si esito _____ No

Esame oftalmologico Si esito _____ No

Esame dell'udito (specificare test) _____ Esito _____

Monitoraggio parametri della crescita

Circonferenza cranio _____

Peso _____

Lunghezza _____

Screening dello sviluppo rispetto alle curve di crescita standardizzate: _____

Osservazioni _____

A UN MESE

Esame neurologico Si esito _____ No

Monitoraggio parametri della crescita

Circonferenza cranio _____

Peso _____

Lunghezza _____

Screening dello sviluppo rispetto alle curve di crescita standardizzate: _____

Osservazioni _____

A DUE MESI

Esame neurologico Si esito _____ No

Monitoraggio parametri della crescita

Circonferenza cranio _____

Peso _____

Lunghezza _____

Screening dello sviluppo rispetto alle curve di crescita standardizzate: _____

Osservazioni _____

A TRE MESI

Test tiroidei (TSH, T4) Si esito _____ No

Esame oftalmologico Si esito _____ No

Monitoraggio parametri della crescita

Circonferenza cranio _____

Peso _____

Lunghezza _____

Screening dello sviluppo rispetto alle curve di crescita standardizzate: _____

Osservazioni _____

A QUATTRO-SEI MESI

Esame dell'udito (specificare test) _____ Esito _____

Monitoraggio parametri della crescita

Circonferenza cranio _____

Peso _____

Lunghezza _____

Screening dello sviluppo rispetto alle curve di crescita standardizzate: _____

Osservazioni _____

A NOVE MESI

Esame audiometrico-comportamentale Si Esito _____ No

Monitoraggio parametri della crescita

Circonferenza cranio _____

Peso _____

Lunghezza _____

Screening dello sviluppo rispetto alle curve di crescita standardizzate: _____

Osservazioni _____

A DODICI MESI Monitoraggio parametri della crescita Circonferenza cranio _____ Peso _____ Lunghezza _____ Screening dello sviluppo rispetto alle curve di crescita standardizzate: _____ Osservazioni _____ _____ _____
--

A VENTIQUATTRO MESI Monitoraggio parametri della crescita Circonferenza cranio _____ Peso _____ Lunghezza _____ Screening dello sviluppo rispetto alle curve di crescita standardizzate: _____ Osservazioni _____ _____ _____
--

Operatore sanitario che ha compilato la scheda (timbro e firma)

Nome _____ Cognome _____

In stampatello e leggibile

In stampatello e leggibile

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