

Allegato 3 bis -1

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. _____
 3. _____
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

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

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

Data prelievo |__|__| |__|__| |__|__|__|__| Titolo Zika 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:	PROBABILE <input type="checkbox"/>	CONFERMATO <input type="checkbox"/>
Tipo caso:	IMPORTATO <input type="checkbox"/>	AUTOCTONO <input type="checkbox"/>

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

Scheda di notifica e follow-up della sindrome congenita associata ad infezione da virus Zika

Primo invio Aggiornamento del gg mm aa

Informazioni anagrafiche del bambino

Cognome _____ Nome _____
 Sesso Maschio Femmina 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

Epoca gestazionale o età a cui è stata diagnosticata la sindrome congenita associata ad infezione da virus Zika:
 epoca gestazionale in settimane età: < di 1 mese Mesi Anni Non noto

Data di diagnosi: gg mm aa

Storia materna (se è stata già compilata scheda per la notifica e follow-up dei casi di virus Zika in gravidanza, compilare solo il nome e cognome della madre se no inviare contestualmente le due schede)

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 _____

Esami di laboratorio per la conferma di infezione da virus Zika effettuati No Si Non Noto

Classificazione di caso: Zika: PROBABILE CONFERMATO

Tipo caso: IMPORTATO AUTOCTONO

Informazioni sul neonato/nato morto¹

Bambino in vita Si No

se no, data di decesso gg mm aa

Autopsia eseguita Si No referto anatomicopatologico finale: (se possibile allegare referto) _____

Causa di morte (dal relativo certificato) 1: _____ (iniziale)
 2: _____ (intermedia)
 3: _____ (finale)

Se sì, vivo a termine vivo pretermine
 data ultima valutazione del bambino gg mm aa

Esami di routine nel bambino

Peso alla nascita (in grammi) _____

Lunghezza alla nascita (in cm) _____

Misurazione circonferenza cranica _____ (in cm, arrotondata al decimale più vicino)

Presenza di microcefalia (< 2 DS rispetto a valore standard): Si No

Presenza di microcefalia grave (< 3 DS rispetto a valore standard): Si No

Esiti esame fisico del neonato _____

Esiti esame neurologico del neonato _____

SCREENING NEONATALE (esito) _____

ECOGRAFIA DEL CRANIO **RM** **TAC**

Presenza di calcificazioni intracraniche:

Si, identificate prima della nascita Si, identificate dopo la nascita No Non noto

Presenza di altre alterazioni intracraniche morfologiche (specificare) _____:

Si, identificate prima della nascita Si, identificate dopo la nascita No Non noto

ALTRE MALFORMAZIONI CONGENITE: Si (specificare) _____ 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 Effettuati

PCR No Si se si, specificare:

Siero	Urine	Liquido cefalorachidiano	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 siero No Si se si, specificare:

Data prelievo |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Titolo _____ Risultato POS NEG Dubbio

Ricerca anticorpi IgM nel liquido cefalorachidiano No Si se si, specificare:

Data prelievo |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Titolo _____ Risultato POS NEG Dubbio

Test di neutralizzazione No Si se si, specificare:

Data prelievo |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Risultato POS NEG Dubbio

Altri eventuali test (specificare) No Si se si, specificare:

Effettuato su _____
Data prelievo |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Risultato POS NEG Dubbio

Trasmissione del virus Zika congenita perinatale

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