

Linee operative per la sorveglianza delle febbri estive in Regione Veneto, anno 2013

Giugno 2013

ALLEGATI

Allegato 1. Diagramma di flusso delle febbri estive “di importazione”

Allegato 2. Diagramma di flusso delle febbri estive “autoctone” di West Nile

Allegato 3. Test diagnostici

Allegato 4. Tabella dei casi possibili di DENGUE/CHIKUNGUNYA/WNV

Allegato 5 . SCHEDA UNICA di accompagnamento dei campioni per WEST NILE FEVER, DENGUE e CHIKUNGUNYA

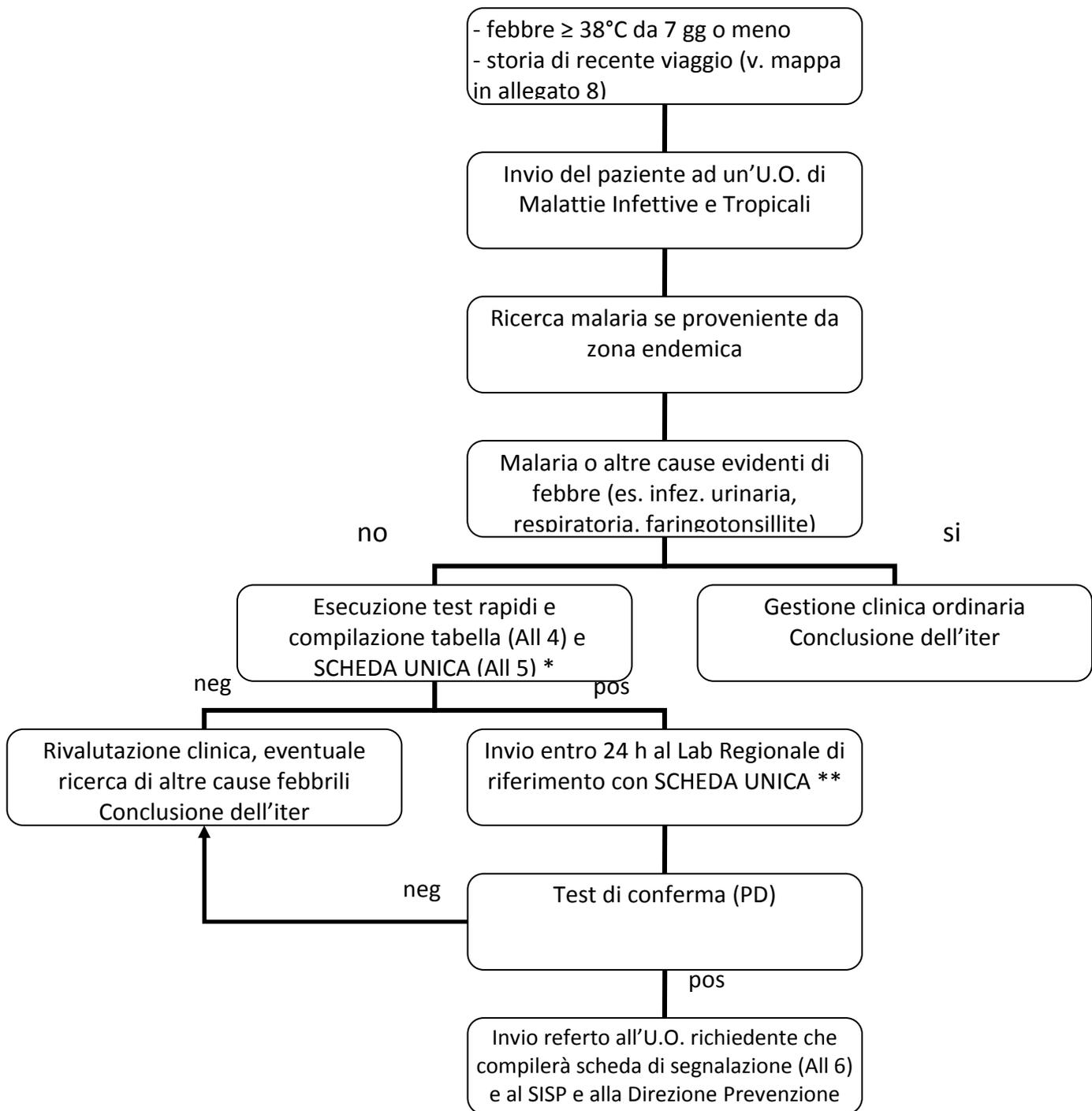
Allegato 6- SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI CASO DI : CHIKUNGUNYA/DENGUE

Allegato 7. SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI CASO DI WEST NILE DISEASE

Allegato 8. Mappe epidemiologiche dell’O.M.S. per dengue e chikungunya

Allegato 9. Scheda di segnalazione di caso di dengue complicata

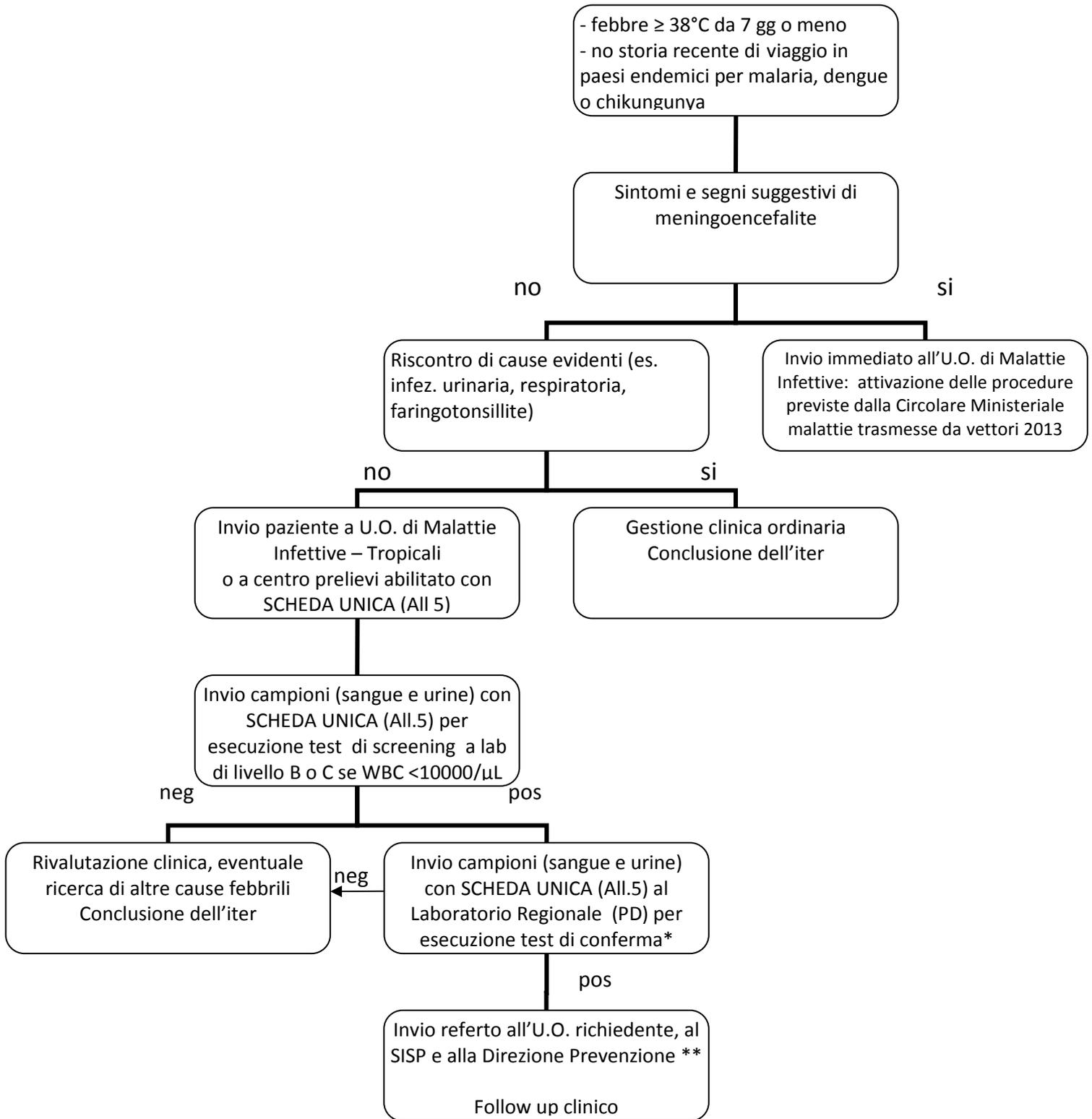
Allegato 1. Anno 2013. Diagramma di flusso febbri estive di importazione (soggetti di tutte le età)



* Compilare la tabella riassuntiva dei test eseguiti settimanalmente e inviarla fax al Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica (041 2791355)

** Copia della scheda deve essere inviata al SISP che la trasmette alla Direzione Prevenzione (0412791355), e contatta immediatamente l'IZSV per via telefonica (n. 049 8084380 o 3487297079)

Allegato 2. Anno 2013. Diagramma di flusso delle febbri autoctone di WNV (pz con età > 15 anni)



*** Copia della scheda per fax al Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanita` Pubblica (041 2791355)**

**** Il SISP attiva inchiesta epidemiologica e si coordina con medico richiedente per compilazione scheda di notifica (All 7).**

Allegato 3. Anno 2013 (Pag. 1 di 2)

Test diagnostici di screening, strutture di livello B (U.O. Malattie Infettive e Tropicali, Microbiologia di Verona, Microbiologia di Treviso)

- a) **Dengue test rapidi:** Ag Dengue (ICT). Individua l'antigene NS1. Ab anti-dengue (ICT): IgM e IgG. I due test vanno sempre eseguiti entrambi, la positività di almeno uno di essi configura il **caso probabile**. La sensibilità dei due test eseguiti assieme è molto elevata.
- b) **Chikungunya:** Ab anti-chikungunya (ICT): IgM. È stato testato presso il CMT Negrar su 116 pazienti il test rapido OnSite Chikungunya IgM Rapid test (Mistretta 2009), con una concordanza di 108/116 rispetto all'IFAT, sens 85% (17/20), spec 95% (91/96). Falsi negativi nei primi 7 giorni di febbre quando le IgM possono non essere ancora comparse.
- Nei casi con alto sospetto** clinico per una delle due malattie il campione va inviato a PD anche se il test rapido è negativo. I campioni risultati negativi vanno comunque conservati (vedi modalità descritte nel protocollo) e inviati a PD in occasione del successivo invio di un caso probabile.
- c) **West Nile Fever:** non sono disponibili test rapidi. I centri che optano per eseguire in sede i test di I livello potranno eseguire ricerca di IgM ed IgG con metodo immunoenzimatico. In alternativa, i campioni possono essere spediti direttamente a Padova con le seguenti modalità:

Modalità di prelievo e invio dei campioni al Laboratorio regionale (le stesse modalità valgono per le tre malattie)

Inviare i seguenti campioni:

- N = 2 provette di sangue in EDTA (provette da emocromo).
- N = 1 provetta di sangue senza anticoagulante (provetta da sierologia)
- N = 1 campione di urina in contenitore sterile da urinocoltura.

I campioni devono essere conservati a +4°C e consegnati al laboratorio di Padova entro 72 ore dal prelievo.

Oppure (se non è possibile l'invio a PD entro 72 ore, ad es. durante fine settimana), centrifugare le provette per ottenere le seguenti aliquote di campioni:

- N = 2 aliquote da 1.5 mL di plasma (dalle provette in EDTA).
- N = 1 aliquota di siero (dalla provetta da sierologia)
- N = 1 campione di urina (non centrifugata)

I campioni devono essere conservati a -80°C (se impossibile, accettabile anche a -20°C) e inviati congelati al laboratorio di Padova.

Orario di consegna al Laboratorio:

Lunedì-venerdì ore 08:00-17:30

Sabato ore 08:00-12:00

Allegato 3. Anno 2013 (Pag. 2 di 2)

I campioni devono essere sempre accompagnati dalla SCHEDA UNICA di accompagnamento dei campioni per WEST NILE FEVER, DENGUE e CHIKUNGUNYA, compilata in ogni sua parte.

NB: per tutte e tre le virosi, in casi clinicamente sospetti, conservare un'aliquota anche dei negativi, da inviare a Padova in un secondo tempo, e/o ripetere il test dopo 7-10 gg.

Per la raccolta dei campioni da conservare e inviare successivamente conservare almeno 2 aliquote di plasma da 1.5 mL, una aliquota di siero da 1,5 mL e un campione di urina a -80°C (se impossibile, accettabile anche a -20°C).

Test di conferma, struttura di livello C (Laboratorio di riferimento regionale)

a) Dengue

- Ricerca di anticorpi IgM ed IgG con metodica immunoenzimatica e conferma con test di neutralizzazione.
- Ricerca di DENV-RNA mediante real-time RT-PCR e tipizzazione dei casi positivi mediante real-time RT-PCR tipo-specifica e sequenziamento.
- Nei casi positivi alla PCR, isolamento virale in coltura.

b) Chikungunya

- Ricerca di anticorpi IgM ed IgG mediante test in immunofluorescenza.
- Ricerca di CHIKV-RNA mediante real-time RT-PCR ed RT-PCR.
- Sequenziamento genomico dei casi positivi e ricerca della mutazione A226V nel gene E1.
- Nei casi positivi alla PCR, isolamento virale in coltura.

c) West Nile

- Ricerca di anticorpi IgM ed IgG con metodica immunoenzimatica e conferma con test di neutralizzazione.
- Ricerca di WNV-RNA mediante real-time RT-PCR.
- Sequenziamento genomico dei casi positivi.
- Nei casi positivi alla PCR, isolamento virale in coltura.

Allegato 4. Anno 2013

Tabella di tutti i casi possibili di DENGUE/CHIKUNGUNYA/WNF sottoposti a test rapidi (sia positivi che negativi)

(conservare assieme ai kit dei test rapidi, da compilare per tutti i pazienti sottoposti a test)

U.O. Malattie Infettive e Tropicali di / Lab. – Microbiologia di.....

Settimana dal lun..... a dom.....2013

N° PZ	INIZIALI PZ	DATA	M/F	ETA'	Ultimo Paese visitato	Data ritorno	NS1 dengue P o N	Ig M Dengue P o N	Ig M Chiku P o N	Ig M WNV P o N
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

Nome Cognome compilatore _____ Firma _____

(Inviare settimanalmente al Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanita` Pubblica via fax 041 2791355
o e-mail: francesca.zanella@regione.veneto.it

SCHEDA UNICA di richiesta esami per WEST NILE FEVER, DENGUE e CHIKUNGUNYA

COGNOME - NOME _____

DATA DI NASCITA _____ TEL _____

CODICE FISCALE _____

COMUNE DI RESIDENZA _____ PROV _____

SOGGIORNO (anche altra provincia italiana) NEI 30 GG PRECEDENTI si no

Paese/Località _____ data inizio _____ data fine _____

Pregressa DENGUE si no

Pregressa CHIKUNGUNYA si no

VACCINAZIONI PREGRESSE Febbre gialla Encefalite giapponese TBE

DATA INIZIO SINTOMI _____

Temperatura max. riferita _____ Temperatura max registrata _____

Artralgie

Prurito

Mialgie

Rash cutaneo

Cefalea

Linfadenopatia

Astenia marcata

Segni meningei

LABORATORIO (se disponibile)

WBC _____

HCT _____

PLT _____

- ICT Dengue Ig M pos neg Ig G pos neg

- Ag NS 1 Dengue pos neg

- ICT Chikungunya Ig M pos neg

- West Nile ELISA Ig M pos neg Ig G pos neg

DATA

Medico

Ospedale

ALLEGATO 6 Anno 2012 - SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI CASO DI : CHIKUNGUNYA DENGUE

IMPORTATO AUTOCTONO PROBABILE ACCERTATO

ASL _____ |__|__|__| |__|__|__| Distretto _____
 |__|__|__|
 Data di segnalazione al SISP: **gg** |__|__| **mm** |__|__| **aa** |__|__|__|__| Data intervista : **gg** |__|__| **mm** |__|__| **aa**

Data di notifica (gg/mm/aaaa) _____
 Sanitario che ha compilato la scheda (timbro e firma) : _____
 Recapito: _____ Telefono: _____

Cognome _____ Nome: _____
 Sesso: M F Data di nascita **gg** |__|__| **mm** |__|__| **aa** |__|__|__|__|
 Luogo di nascita _____
 Comune _____ Provincia _____ Stato _____
 Residenza _____
 Via/piazza e numero civico _____ Comune _____ Provincia _____
 Domicilio abituale: _____
 Via/piazza e numero civico _____ Comune _____ Provincia _____
 Recapito telefonico del paziente o familiare _____
 Permanenza all'estero nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi: **SI** **NO** se sì specificare
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 Località _____ data inizio _____ data fine _____
 Gravidanza **SI** **NO** se **SI**: settimane |__|__|

Vaccinazione per febbre gialla: **SI** **NO** Pregressa diagnosi di Dengue: _____
SI **NO**
 Vaccinazione per encefalite giapponese: **SI** **NO** Pregressa diagnosi di _____
 Chikungunya: **SI** **NO**
 Vaccinazione per TBE: **SI** **NO**

Paziente inviato da Medico Medicina Generale Pediatra di Famiglia Guardia Medica Pronto Soccorso
 Ricovero **SI** **NO** se **SI** ospedale _____
 Reparto _____ UTI **SI** **NO**

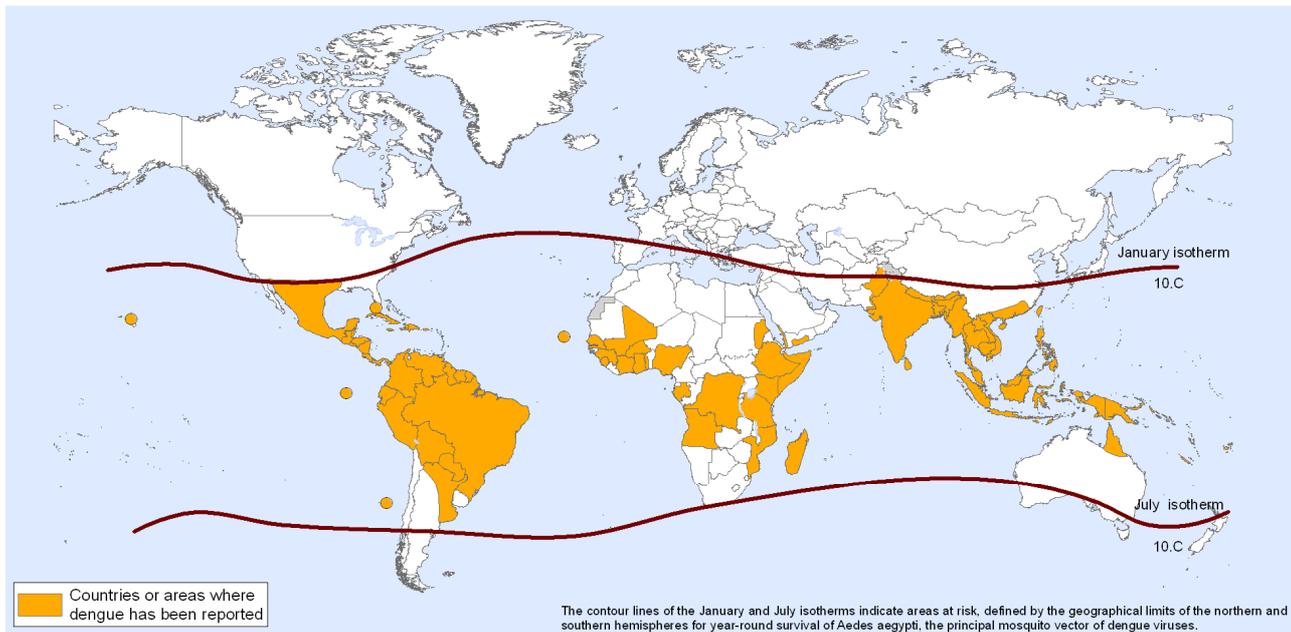
Data inizio sintomatologia **gg** |__|__| **mm** |__|__| **aa** |__|__|__|__|

Segni e sintomi	SI	NO	NN		SI	NO	NN
Febbre > 38,5°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artralgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rash cutaneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolore retro-orbitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Segni di allarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Altri segni/sintomi (specificare): _____

Allegato 8. Mappe epidemiologiche dell'O.M.S. per dengue e chikungunya

Dengue, countries or areas at risk, 2011



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization
Map Production: Public Health Information and Geographic Information Systems (GIS)
World Health Organization



© WHO 2012. All rights reserved.

Chikungunya, countries or areas at risk



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Map Production: Public Health Information and Geographic Information Systems (GIS)
World Health Organization



© WHO 2012. All rights reserved.

Allegato 9. Anno 2013

Scheda di segnalazione di caso di dengue grave o complicata. La scheda va inviata assieme alla scheda di segnalazione di caso (allegato 4) e si basa sui Criteri WHO 2009 per la classificazione della dengue.

Cognome _____ Nome: _____

Sesso: M F Data di nascita gg |__|__| mm |__|__| aa |__|__|__|__|

SEGNI DI ALLARME <input type="checkbox"/> nausea, vomito <input type="checkbox"/> vomito persistente <input type="checkbox"/> leucopenia <input type="checkbox"/> test del tourniquet positivo <input type="checkbox"/> qualunque segno di allarme	<input type="checkbox"/> dolore addominale <input type="checkbox"/> edemi rilevati clinicamente <input type="checkbox"/> sanguinamento delle mucose <input type="checkbox"/> letargia <input type="checkbox"/> epatomegalia (>2 cm) <input type="checkbox"/> aumento ematocrito con concomitante diminuzione delle piastrine	DENGUE GRAVE Grave perdita di plasma che conduce a : <input type="checkbox"/> shock (DSS) <input type="checkbox"/> accumulo di fluidi con distress respiratorio <input type="checkbox"/> Sanguinamento grave rilevato clinicamente <input type="checkbox"/> AST o ALT > 1.000 <input type="checkbox"/> SNC: alterazione della coscienza <input type="checkbox"/> insufficienza cardiaca <input type="checkbox"/> insufficienza a carico di altri organi (specificare) _____ _____
--	---	---