

**Indagine sull'infezione da West Nile fever in pazienti con sindrome neurologica acuta
ad etiologia sconosciuta**

Modulo per l'invio del campione

Centro che invia il campione: _____

Paziente: Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: __ / __ / __ Sesso: M F

Razza: bianca ; nera ; asiatica/isole del Pacifico ; altra (specificare) _____

Paese di provenienza: _____

Titolo di studio: nessuno ; elementare ; media inf. ; media sup. ; università

Lavoro abituale: _____; ultime sei settimane: _____

Residenza nelle ultime sei settimane: città ; campagna ; altro (spec. _____)

Inizio dei sintomi (se presenti): / /

Giorno	Sintomi	Si	No	Non so	
__ / __	Febbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	valore massimo °C
__ / __	Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
__ / __	Rigidità nucale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
__ / __	Congiuntivite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
__ / __	Fotofobia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
__ / __	Rinite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
__ / __	Faringite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
__ / __	Tosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
__ / __	Dolori articolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
__ / __	Tumefazione parotidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	monolaterale <input type="checkbox"/> bilaterale <input type="checkbox"/>
__ / __	Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N° episodi/die <input type="checkbox"/>
__ / __	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N° scariche/die <input type="checkbox"/>
__ / __	Anoressia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
__ / __	Dolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	localizzazione: _____ tipo: _____
__ / __	Mialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
__ / __	Ittero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
__ / __	Linfoadenopatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cervicale <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> _____
__ / __	Esantema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	localizzazione: _____

Altre patologie concomitanti (descrivere): _____

Esito: miglioramento guarigione decesso data / /

In caso di decesso, è stata eseguita autopsia? Si no se sì è disponibile materiale tissutale congelato? Si no

	Si	No	Non so
- Sintomatologia in altri componenti del nucleo familiare (se sì, specificare _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Casi simili a scuola:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
postato di lavoro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vicinato:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dati anamnestici

	Si	No	Non so	Anno	Dove
- ha lavorato presso allevamenti equini?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- ha lavorato vicino ad allevamenti equini?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- ha avuto contatto con equini?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- ha abitato in vicinanza di fiumi o paludi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- ha lavorato in vicinanza di fiumi o paludi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- ha lavorato in campagna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- è stato punto da insetti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
(se sì, specificare quali: _____)					
- è andato a caccia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- ha lavorato come guardia forestale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- ha lavorato nei boschi (es. taglialegna)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- ha fatto attività ricreative in boschi o o campagna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- è andato a pesca nei fiumi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- ha soggiornato all'estero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
(se sì, specificare dove _____)					
-sintomatologia in altri comp. del gruppo familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
(se sì, specificare quali _____)					
-Casi simili a scuola:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
posto di lavoro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
vicinato:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Per l'attuale patologia è stato **ospedalizzato**? Sì No Se sì, dove I ospedalizzazione _____ data II ospedalizzazione _____ data **Tipo di analisi eseguite per escludere altre etiologie:**test per herpesvirus: eseguito presso _____ data esito _____test per enterovirus: eseguito presso _____ data esito _____test per virus: eseguito presso _____ data esito _____**Tipo di campione inviato:**

- liquor ; data __/__/__; conservato a _____ °C
- sangue intero in EDTA ; data __/__/__; conservato a _____ °C
- 1° siero ; data __/__/__; conservato a _____ °C
- 2° siero ; data __/__/__; conservato a _____ °C
- Biopsia ; data __/__/__; conservato a _____ °C

Note: _____

Persona responsabile del prelievo e della raccolta dati:

Cognome: _____ Nome: _____ Qualifica: _____

Indirizzo: _____

Città: _____

Tel. _____ Fax: _____

Norme per la compilazione e l'invio dei campioni:

Compilare la scheda in ogni sua parte. Allegare una scheda a ciascun campione.

Nel caso di pazienti sintomatici (es. pazienti ospedalizzati con encefalite e/o meningite asettiche ad eziologia sconosciuta; pazienti con febbre e rash cutaneo residenti nelle zone in cui l'infezione da WNV sia stata accertata negli animali) inviare al Laboratorio di Riferimento Regionale i seguenti campioni:

- 2 campioni di sangue intero in provetta con EDTA (provetta da emocromo), da conservare a 4°C e consegnare al laboratorio entro 24 ore dal prelievo. I campioni di sangue intero saranno utilizzati per indagini molecolari e per l'isolamento virale in coltura.

- eventuale campione di liquor, da conservare a 4°C e consegnare al laboratorio entro 24 ore dal prelievo. I campioni di liquor saranno utilizzati per indagini molecolari, per l'isolamento virale e per la ricerca di anticorpi anti-WNV.

- 2 campioni di siero non emolizzati, non coagulati, in condizioni di refrigerazione (ghiaccio secco) o ancora meglio, congelati a -20° C o a temperatura inferiore. I campioni di siero saranno utilizzati per la ricerca di anticorpi anti-WNV. Idealmente, in ogni caso sospetto di malattia andrebbero prelevati campioni di siero in fase acuta e a distanza di almeno 15 giorni (fase di convalescenza) per documentare eventuali sier conversionsi.

Nel caso non fosse possibile l'invio immediato, i campioni di siero e liquor dovranno essere conservati a -20° C e a -80° C o a temperatura inferiore, rispettivamente.

Per le indagini in soggetti asintomatici, inviare soltanto 2 campioni di siero.

Nel caso di autopsia o di esecuzione di biopsie, inviare campioni di vari tessuti e organi (encefalo, fegato, milza, rene, linfonodi, ecc.) per l'isolamento virale e le indagini molecolari. Conservare i campioni a 4°C e consegnare al laboratorio entro 24 ore dal prelievo, oppure congelare a -70°C nel caso non sia possibile inviare rapidamente i campioni.

I campioni, accompagnati dal presente modulo, vanno inviati, previa comunicazione, al Laboratorio di Riferimento Regionale:

U.O.C. Microbiologia e Virologia
Direttore: Prof. Giorgio Palù
Azienda Ospedaliera di Padova
Via Giustiniani 2, 35128 Padova
Tel. 0498213051
Fax 049 8213054

Per informazioni contattare:

Dr.ssa Luisa Barzon; email luisa.barzon@unipd.it; tel. 0498218946

Dr.ssa Anna Piazza; email anna.piazza@sanita.padova.it; tel. 0498213049

Dr.ssa Margherita Cattai; email margherita.cattai@sanita.padova.it; tel. 0498218833

Dr. Riccardo Cusinato; email riccardo.cusinato@sanita.padova.it; tel. 0498218833