

SCHEDA DI NOTIFICA E SORVEGLIANZA MALATTIA DI LYME

AZIENDA SANITARIA/Dipartimento _____

Data di segnalazione: ___/___/___

Data intervista: ___/___/___

Informazioni anagrafiche

Cognome _____ Nome: _____

Sesso: M F Data di nascita ___/___/___ Luogo di nascita _____

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

Esposizione

Tipo di esposizione (probabile):

Lavorativa _____ Hobby _____

Luogo, probabile di esposizione: _____ Ricordo puntura di zecca: No Si data ___/___/___

Informazioni cliniche

Ricovero: SI NO se si, Data ricovero ___/___/___ Data dimissione ___/___/___

Ospedale _____ Reparto: _____

se no, visita presso MMG/PLS/Guardia Medica Pronto Soccorso Reparto _____

Data visita ___/___/___

Data inizio sintomatologia: ___/___/___ Data diagnosi malattia di Lyme : ___/___/___

Segni e sintomi clinici

Eritema migrante Si No NN

Manifestazioni cliniche tardive

Artrite (*obiettività di gonfiore articolare*) Si No NN

Paralisi di Bell o altra neurite cranica Si No NN

Radicoloneuropatia Si No NN

Meningite linfocitica Si No NN

Encefalomielite Si No NN

Blocco atrio-ventricolare 2° o 3° grado Si No NN

Segni e sintomi non specifici

Artralgia

Blocco di branca

Decadimento cognitivo

Encefalopatia

Astenia

Febbre/brividi

Neuropatia periferica

Compromissione

Miocardite

Dolore al collo

Rash

Palpitazioni

Parestesie

Cefalea

Mialgia

Altro

Test di laboratorio

CLIA/EIA/ELFA/ IFA (IgM) Positivo Dubbio Negativo Non eseguito

CLIA/EIA/ELFA/ IFA (IgG) Positivo Dubbio Negativo Non eseguito

Data raccolta campione : ___/___/___ (se non su siero specificare): _____

Western Blot **IgM** Positivo Negativo Non eseguito

IgG Positivo Negativo Non eseguito

Altri tests Coltura *B. burgdorferi* Altro (specificare)

Data raccolta campione: ___/___/___

Ulteriori informazioni

Gravidanza Si No Non Noto

Vaccinazione contro meningoencefalite da zecca (TBE) Si No Non Noto

Antibiotici utilizzati: Doxyciclina Ceftriaxone Cefuroxime

Amoxicillina Azitromicina

Altro (specificare): _____

Durata utilizzo antibiotici <1 mese 1 – 3 mesi >3 mesi

CLASSIFICAZIONE DEL CASO**CONFERMATO**

- EM** diagnosticato da un medico **O**
- Almeno una manifestazione clinica tardiva che ha evidenza di laboratorio di infezione

PROBABILE

Malattia di Lyme diagnosticata da un medico **E** conferma di laboratorio

Data di compilazione ____/____/____

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

ISTRUZIONI E NOTE PER LA COMPILAZIONE

La scheda va compilata per tutti i casi probabili o confermati di LYME

Flusso di trasmissione per i casi:

Medico → entro 48h → Azienda Sanitaria | Dipartimento Prevenzione → 48h → Regione*

*Via mail all'indirizzo malinf@regione.fvg.it