

### Scheda di segnalazione di cluster autoctono di Dengue/Chikungunya

**Regione/PP.AA** \_\_\_\_\_ **Azienda sanitaria** \_\_\_\_\_

Cluster autoctono  accertato  sospetto

di Dengue

Chikungunya

che ha coinvolto persone esposte (residenti/domiciliate; presenti per lavoro, studio, ecc.) nel/i **Comune/i** di:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

Numero di casi alla data di segnalazione \_\_\_\_\_, di cui ricoverati in ospedale \_\_\_\_\_

Data insorgenza del primo caso noto \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Data insorgenza dell'ultimo caso noto \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

I casi hanno coinvolto comunità/collettività? sì  no

se sì, specificare \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

N. di casi per i quali è stato inviato almeno un campione biologico al lab. di riferimento \_\_\_\_\_

Indicare a quale laboratorio di riferimento: nazionale c/o ISS  regionale c/o \_\_\_\_\_

L'area geografica interessata dai casi è sottoposta a sorveglianza entomologica? sì  no

È stata attivata la procedura per le attività di disinfestazione nel/i Comune/i interessati? sì  no

Nel caso il cluster sia accertato:

a) è stata identificata una correlazione epidemiologica con un caso importato? sì  no

se sì, indicare il luogo (Stato) di contagio \_\_\_\_\_ e la data di inizio sintomi \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ del caso indice;

b) è stata effettuata la disinfestazione straordinaria attorno al domicilio o ad altri luoghi frequentati dai casi autoctoni? sì  no

NOTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data di segnalazione \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ Operatore sanitario \_\_\_\_\_

Recapito \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_