



U.O. UROLOGIA

Servizio di Procreazione Medicalmente Assistita

Responsabile: Dr. Angelo Montemurro

INFORMATIVA E DICHIARAZIONE PAZIENTE SUL VIRUS WEST NILE DISEASE (WND)

La informiamo in merito alla diffusione del virus West Nile o West Nile Disease (WND) ed in funzione delle raccomandazioni del Centro Nazionale Trapianti per la donazione di organi, tessuti, cellule staminali emopoietiche e gameti. Il virus West Nile o West Nile Disease (WND) è trasmesso dalla puntura delle zanzare comuni, attive al crepuscolo e durante la notte. Ha come serbatoio gli uccelli selvatici. È presente in Italia e in molti Paesi europei e di altri continenti. È più frequente in estate ed autunno, quando le zanzare sono più attive. Altri mezzi di infezione documentati, per quanto riguarda l'essere umano, anche se molto più rari, sono i trapianti di organo, le trasfusioni di sangue e la trasmissione madre-feto in gravidanza. Generalmente causa sintomi lievi che possono anche passare inosservati. Il periodo di incubazione varia fra 2 e 14 giorni, dalla puntura di una zanzara infetta e la maggior parte delle persone non sviluppa alcun sintomo. Nelle aree endemiche la sintomatologia si evidenzia, nel 20% circa dei soggetti colpiti, con una sindrome simil-influenzale e dai seguenti sintomi: febbre, mal di testa, mal di gola, dolorabilità muscolare ed articolare, congiuntivite, rash cutanei solitamente sul tronco, sulle estremità e sulla testa, linfadenopatia, anoressia, nausea, dolori addominali, diarrea e sindromi respiratorie. In caso di sospetto di infezione da West Nile disease, la conferma diagnostica può essere fatta rilevando la presenza del virus nel sangue o negli organi bersaglio, o indirettamente, attraverso l'uso di test sierologici per la ricerca di anticorpi specifici (test di laboratorio). Il Servizio di PMA ha deciso di adottare le misure preventive raccomandate del Centro Europeo per il Controllo delle Malattie (ECDC). Quindi viene effettuata un'anamnesi, precedente al trattamento di PMA, per una valutazione di eventuale sintomatologia neurologica e in questo caso verranno indicati gli accertamenti necessari. In caso di positività all'infezione il ciclo di trattamento è rimandato fino alla completa guarigione.

Pertanto i sottoscritti:

Nome e cognome: _____ Luogo di nascita _____ nato/a il _____
(partner femminile)

Nome e cognome: _____ Luogo di nascita _____ nato/a il _____
(partner maschile)

Nel caso di presenza di:

Interprete e/o Testimone: NO SI

DICHIARANO DI:

essere stati informati dal Dott./Dott.ssa e ci impegniamo ad avvisare il medico in caso di manifestazione di sintomi.

Data _____

Ora _____

FIRMA DEL PARTNER FEMMINILE

FIRMA DEL PARTNER MASCHILE

TIMBRO E FIRMA
del MEDICO GINECOLOGO

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete:

FIRMA INTERPRETE E/O TESTIMONE

Il trattamento dei dati personali è conforme alle disposizioni contenute nel D.LGS. 30 giugno 2003, n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali.

Mod.46/PMA/Paziente sul virus West Nile Disease (WND)/Rev.0/Settembre 2023