

Informazioni sull'infezione da Zika Virus

Versione 1- 2015

Gentile Donatrice / Donatore,

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

La informiamo che su tutto il territorio Nazionale è attiva una sorveglianza relativa all'infezione da **Zika Virus** (ZIKV).

Il virus Zika (Flavivirus) può causare una malattia infettiva ed è trasmesso dalla puntura di zanzare infette appartenenti al genere *Aedes mosquito*, **attive solitamente nel tardo pomeriggio e tramonto**.

Il virus può essere trasmesso all'uomo non solo attraverso la puntura delle zanzare, **ma potenzialmente anche attraverso la trasfusione di sangue e/o emocomponenti**.

Il periodo di incubazione è variabile da 3 a 12 giorni dopo la puntura infettante e la malattia sintomatica può durare da 2 a 7 giorni; la infezione può tuttavia rimanere asintomatica nella maggior parte dei casi.

La sintomatologia è caratterizzata da febbre (<38.5°C), artrite/artralgia transitoria, gonfiore articolare a carico di solito delle mani e piedi, rash maculo-papulare (a partenza dal volto per poi diffondersi a tutto il corpo), iperemia congiuntivale o franca congiuntivite purulenta; inoltre, è accompagnata da sintomi aspecifici come mialgia, astenia e cefalea. Manifestazioni di tipo neurologico (come sindrome di Guillain-Barré) possono essere segnalate.

Vista la ampia diffusione dei due potenziali vettori (*Aedes Aegypti*, *Aedes Albopictus*) il Centro Nazionale Sangue raccomanda di rafforzare le misure di sorveglianza sui possibili casi importati.

- Ho letto e compreso le informazioni sulla infezione da Virus Zika (ZIKV)

☐ **SI**

☐ **NO**

La preghiamo di indicare se negli ultimi 28 giorni abbia soggiornato, anche solo per una giornata, in:

☐ **Brasile**

☐ **Isole del Pacifico**

Oppure di segnalare che

☐ **non ha soggiornato nelle zone indicate.**

In caso di risposta positiva, Le ricordiamo che dovrà rimanere sospeso dalle donazioni per 28 giorni dal suo rientro.

La preghiamo inoltre di riferire al medico addetto alla raccolta l'eventuale riscontro, da parte sua di recenti sintomi quali febbre, mialgia, artralgie, eruzioni cutanee, arrossamento oculare, cefalea, affaticamento.

La preghiamo altresì di volere informare il punto di raccolta o direttamente il Servizio Trasfusionale del Policlinico di Modena (tel. 059/4222919) nel caso in cui sintomi come quelli indicati sopraggiungano nei giorni successivi a quello in cui ha effettuato la donazione.

Firma del donatore **Firma medico**

Data