

Informazioni sull'infezione da West Nile Virus

Versione 3- 2015

Gentile Donatrice / Donatore,

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

La informiamo che su tutto il territorio Regionale è attiva una sorveglianza relativa all'infezione da West Nile Virus (WNV).

Il virus del Nilo Occidentale (Flavivirus), conosciuto con la denominazione inglese West Nile Virus (WNV) può causare una malattia infettiva ed è trasmesso dalla puntura di zanzare infette appartenenti al genere Culex, **attive solitamente dal crepuscolo all'alba**.

Il virus può essere trasmesso all'uomo non solo attraverso la puntura delle zanzare, che restano infettanti per tutta la durata della loro vita, **ma anche attraverso la trasfusione di sangue e/o emocomponenti e il trapianto di organi e tessuti di individui infetti**.

Il periodo di incubazione è variabile da 3 a 15 giorni dopo la puntura infettante ma sono stati documentati periodi più lunghi specie in individui immunodepressi.

L'infezione umana è nell'80% dei casi inapparente e asintomatica.

Nel restante 20% dei casi la sintomatologia è quella di una **sindrome simil – influenzale**. : Manifestazioni più gravi possono interessare il Sistema Nervoso Centrale per cui la malattia si manifesta come una encefalite o meningoencefalite che può avere decorso fatale (<1%).

Le attuali indagini di laboratorio permettono di individuare la presenza del virus nel sangue di individui infetti e asintomatici mediante NAT Test.

I sistemi Regionale e Nazionale di sorveglianza hanno trasmesso le valutazioni del rischio di trasmissione trasfusionale dell'infezione da WNV che riguardano per il territorio Nazionale anche la Provincia di **Modena**.

- Ho letto e compreso le informazioni sulla infezione da WNV.

SI

NO

Consenso all'esecuzione del WNV NAT test

Per quanto concerne la sorveglianza dei donatori, il Centro Nazionale Sangue, in accordo con le Autorità competenti della Regione Emilia Romagna ha condiviso una linea di intervento mirata a mantenere, in via precauzionale, un adeguato livello aggiuntivo di sorveglianza per la trasmissione trasfusionale del WNV.

Essa prevede che **tutte le donazione di sangue ed emocomponenti effettuate nella provincia di Modena fino a nuova comunicazione siano testate per la ricerca del virus** in modo da:

- definire con sicurezza l'assenza di questa infezione e il sicuro utilizzo del sangue

A TALE SCOPO LE CHIEDIAMO DI ESPRIMERE IL SUO CONSENSO AD ESEGUIRE SULLA SUA DONAZIONE IL TEST PER LA RICERCA DEL WEST NILE VIRUS ED EVENTUALE RICERCA DEGLI ANTICORPI VERSO IL WEST NILE VIRUS.

☐ **Acconsento**

☐ **Non acconsento**

In caso di positività sarà senz'altro informato/a.

La preghiamo inoltre di riferire al medico addetto alla raccolta l'eventuale riscontro, da parte sua di recenti sintomi simil influenzali (febbre, dolori muscolari, affaticamento, disturbi gastrointestinali, dolore oculare e, occasionalmente, eruzioni cutanee generalizzate o ingrossamento delle ghiandole linfatiche). 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