SACRO CUORE DON CALABRIA I R C C S	**Dipartimento Malattie Infettive-Tropicali e Microbiologia** *Direttore: Prof. Z. Bisoffi* **U.O. Semplice di Microbiologia e SAELMT** *Responsabile: Dr.ssa F. Perandin*	Ed.5/2020
http://www.tropicalmed.eu/Laboratorio.html		

FOGLIO D'ACCOMPAGNAMENTO ANTICORPI ANTI - CHAGAS

SCHEDA EPIDEMIOLOGICA

IDENTIFICAZIONE PAZIENTE			
1.	Data del prelievo (gg /mm/aa)	|_____|_____| / |_____|_____| /|_____|_____|	
2.	Codice campione	|____|____|____|____|____|____|____|____|	
3.	Centro che invia il campione		
4.	Sesso	(1=Maschio, 2=Femmina)	|____|
5.	Cognome	Nome	
6.	N. telefono / Data di nascita	|____|____| / |____|____| / |____|____|	
7.	Perchè si esegue l'esame?	(1=screening asintomatico, 2= screening gravida, 3=Presenza di clinica, 4= Diagnosi previa, 5= Donatore sangue, 6= Emotrasfuso 7=screening figlio di madre positiva . Se 7 passare alla domanda 22	|____|
8.	Sierologia previa. Indicare tecnica e risultato		
EPIDEMIOLOGIA			
9.	Paese di origine:		
10.	Nome della località |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| Nome della provincia/regione |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| ____|____|		
11.	Ha vissuto in area rurale?	(1 = Si, 2 = No, 3=Non ricorda)	|____|
12.	Ha vissuto in case di fango/bambù?	(1 = Si, 2 = No, 3=Non ricorda)	|____|
13.	Nato in Italia	(1 = Si, 2 = No) (Se la risposta è Si, passare alla domanda 17)	|____|
14.	Anno di arrivo in Italia	|____|____|____|____|	
15.	E' ritornato recentemente (< 1 anno) nel suo paese?	(1 = Si, 2 = No)	|____|
16.	Se Si, data rientro (gg/mm/aa)	|____|____| / |____|____| / |____|____|	
17.	Paesi endemici per Chagas visitati negli ultimi anni: Paese, regioni o stati e province, anno, tempo di permanenza e zona rurale Paese |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| Anno |____|____|____|____| Permanenza (gg) |____|____|____|____| R/S/P |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| Area Rurale? (1 = Si, 2 = No) |____|		
18.	Ha ricevuto trasfusioni di sangue in un paese endemico?	(1 = Si, 2 = No, 3= non sa)	|____|
19.	Ha donato sangue qualche volta in Italia?	(1 = Si, 2 = No)	|____|
20.	Se ha donato, specificare centro |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| Anno approssimativo |____|____|____|____|		
21.	Il paziente ha meno di 14 anni?	(1 = Si, 2 = No) Se la risposta è No: fine del questionario	|____|
22.	Paese di origine della madre	P |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|	C:|____|
23.	Nome della località di residenza della madre nel paese di origine |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| Nome della regione(R)/stato(S)/provincia(P) della madre |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|		
24.	Sierologia per Chagas previa alla madre Indicare tecnica e risultato		
25.	Medico richiedente / Reparto		
OSSERVAZIONI:			

Redatto da: Dr.ssa Mariella Anselmi & Team RQ	Approvato da: Dr. Zeno Bisoffi