## Allegato 5. Scheda Unica per richiesta esami Dengue, Chikungunya, Zika, West Nile e Usutu SCHEDA UNICA di richiesta esami per DENGUE DCHIKUNGUNYA DZIKA DWEST NILE DUSUTU

Esito: DOSITIVO NEGATIVO  data WBC HCT PLT  data richiesta timbro e firma Medico richiedente  ESITI esami I livello - Laboratorio di Microbiologia e Virologia di  - ICT Dengue IgM pos D neg D IgG pos D neg D NS1 Dengue pos D neg D  data timbro e firma Medico	
CODICE FISCALE  COMUNE DI RESIDENZA PROV  NAZIONALITA' Telefono  SOGGIORNO (anche altra provincia italiana) NEI 30 GG PRECEDENTI si consideration data inizio data fine pregressa DENGUE si no CHIKUNGUNYA si no ZIKA si no VACCINAZIONI PREGRESSE Febbre gialla Encefalite giapponese TBE  DATA INIZIO SINTOMI Temperatura max. riferita Prurito Canada consideration Encefalite Cefalea Rash cutaneo Encefalite Cefalea Rash cutaneo Sindrome di Guillain-Barré Paralisi flaccida acuta Gastrointestiral Altro RESAMI DI LABORATORIO (se disponibili):  Tampone Faringeo per SARS-COV-2: si no Esito: POSITIVO NEGATIVO data WBC HCT PLT CALLED TIMBIO PLANCATION PLANCATION PLANCATION PLANCATION PLANCATION PLANCATION PLANCATION PLAN	- D M D
NAZIONALITA' Telefono SOGGIORNO (anche altra provincia italiana) NEI 30 GG PRECEDENTI Si Compose/Località data inizio data fine Pregressa DENGUE si no CHIKUNGUNYA si no ZIKA si no CALIKA	
NAZIONALITA' Telefono SOGGIORNO (anche altra provincia italiana) NEI 30 GG PRECEDENTI si 30 GG PRECEDENTE	
SOGGIORNO (anche altra provincia italiana) NEI 30 GG PRECEDENTI si Capase/Località data inizio data fine data inizio data fine Pregressa DENGUE si no CHIKUNGUNYA si no ZIKA si no CACCINAZIONI PREGRESSE Febbre gialla Encefalite giapponese TBE DATA INIZIO SINTOMI Temperatura max. riferita Temperatura max registrata Prurito Linfoadenopa Mialgie Rash cutaneo Encefalite Cefalea Meningite Astenia marc Sindrome di Guillain-Barré Paralisi flaccida acuta Gastrointestir Altro ESAMI DI LABORATORIO (se disponibili):  Tampone Faringeo per SARS-COV-2 : si no Esito: POSITIVO NEGATIVO HCT PLT PLT Simboro e firma Medico richiedente  ESITI esami I livello - Laboratorio di Microbiologia e Virologia di Limbro e firma Medico richiedente  ESITI esami I livello - Laboratorio di Microbiologia e Virologia di Limbro e firma Medico neg Capasa data data con la controle data controle data con la controle data controle da	
Paese/Località	
Pregressa DENGUE si	a no E
VACCINAZIONI PREGRESSE	
DATA INIZIO SINTOMI	
Temperatura max. riferita	
□ Artralgie □ Rash cutaneo □ Encefalite □ Astenia marc □ Sindrome di Guillain-Barré □ Paralisi flaccida acuta □ Gastrointestir □ Altro	
□ Mialgie □ Rash cutaneo □ Encefalite □ Astenia marc □ Sindrome di Guillain-Barré □ Paralisi flaccida acuta □ Gastrointestir □ Altro □ Barringeo per SARS-CoV-2 : sì □ no □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
Tampone Faringeo per SARS-CoV-2 : sì	rcata inali
ESITI esami I livello - Laboratorio di Microbiologia e Virologia di	
data WBC HCT PLT  data richiesta	
ESITI esami I livello - Laboratorio di Microbiologia e Virologia di	
ESITI esami I livello - Laboratorio di Microbiologia e Virologia di	
ESITI esami I livello - Laboratorio di Microbiologia e Virologia di	
- ICT Dengue IgM pos 🗖 neg 🗖 IgG pos 🗖 neg 🗖 NS1 Dengue pos 🗖 neg 🗖  data timbro e firma Medico	
- ICT Dengue IgM pos 🗖 neg 🗖 IgG pos 🗖 neg 🗖 NS1 Dengue pos 🗖 neg 🗖  data timbro e firma Medico	
- ICT Dengue IgM pos 🗖 neg 🗖 IgG pos 🗖 neg 🗖 NS1 Dengue pos 🗖 neg 🗖  data timbro e firma Medico	
data timbro e firma Medico	
WINTERPARTER WE ST WO SETTIMANA GESTALIONE	
Fax a cui inviare esiti esami:	



