

Allegato 5. Scheda Unica per richiesta esami Dengue, Chikungunya, Zika, West Nile e Usutu

SCHEDA UNICA di richiesta esami per DENGUE CHIKUNGUNYA ZIKA WEST NILE USUTU

Azienda Sanitaria _____ Ospedale/U.O. _____

COGNOME - NOME _____ F M

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

COMUNE DI RESIDENZA _____ PROV _____

NAZIONALITA' _____ Telefono _____

SOGGIORNO (anche altra provincia italiana) NEI 30 GG PRECEDENTI si no

Paese/Località _____ 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 _____ Temperatura max registrata _____

<input type="checkbox"/> Artralgie	<input type="checkbox"/> Prurito	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia
<input type="checkbox"/> Mialgie	<input type="checkbox"/> Rash cutaneo	<input type="checkbox"/> Encefalite
<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Meningite	<input type="checkbox"/> Astenia marcata
<input type="checkbox"/> Sindrome di Guillain-Barré	<input type="checkbox"/> Paralisi flaccida acuta	<input type="checkbox"/> Gastrointestinali
<input type="checkbox"/> Altro.....		

ESAMI DI LABORATORIO (se disponibili):

Tampone Faringeo per SARS-CoV-2 : si no

Esito: POSITIVO 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 neg IgG pos neg NS1 Dengue pos neg

_____ *data* _____ *timbro e firma Medico*

GRAVIDANZA SI NO SETTIMANA GESTAZIONE

Fax a cui inviare esiti esami: _____ - _____
 U.O. richiedente SISP

