

Linee Operative per la Sorveglianza delle Arbovirosi nella Regione del Veneto - Anno 2023

Appendice 4. Scheda Unica per richiesta al LRR di esami per arbovirosi

SCHEDA UNICA DI RICHIESTA ESAMI PER ARBOVIROSI AL LABORATORIO REGIONALE DI RIFERIMENTO

Azienda Sanitaria _____ OSPEDALE _____

COGNOME NOME _____ SESSO M F

CODICE FISCALE _____ TELEFONO _____

COMUNE DI RESIDENZA _____ PROVINCIA _____

NAZIONALITA' _____

SOGGIORNO DIVERSO DA RESIDENZA NEI TRENTA GIORNI PRECEDENTI? Sì No

PAESE/LOCALITA' _____ DATA INIZIO _____ DATA FINE _____

INFEZIONE PREGRESSA

DENGUE Sì No CHIKUNGUNYA Sì No ZIKA Sì No

VACCINAZIONI PREGRESSE

FEBBRE GIALLA Sì No ENCEFALITE GIAPPONESE Sì No TBE Sì No

DATA INIZIO SINTOMI _____

T max. riferita (°C) _____

T max registrata (°C) _____

ELEMENTI CLINICI DEL CASO

<input type="checkbox"/> ARTRALGIA	<input type="checkbox"/> LINFOADENOPATIA	<input type="checkbox"/> PRURITO
<input type="checkbox"/> ASTENIA MARCATA	<input type="checkbox"/> MIALGIE	<input type="checkbox"/> RASH CUTANEO
<input type="checkbox"/> CEFALEA	<input type="checkbox"/> MENINGITE	<input type="checkbox"/> SDR. GASTROINTESTINALE
<input type="checkbox"/> ENCEFALITE	<input type="checkbox"/> PARALISI FLACCIDA ACUTA	<input type="checkbox"/> SDR DI GUILLAN-BARRE'
<input type="checkbox"/> ALTRO _____		

TAMPONE PER RICERCA SARS-COV-2 + - Data esecuzione _____

ESITO ESAMI DI PRIMO LIVELLO Data _____

Laboratorio di Microbiologia e Virologia di _____

Arbovirus	PCR	IgM	IgG	Rapido
	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>			

WBC _____ HCT _____ PLT _____

DATI MEDICO RICHIEDENTE Email _____ Telefono _____

DATA, TIMBRO E FIRMA MEDICO RICHIEDENTE _____

