



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

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 ☐
 DENGUE Sì ☐ No ☐
 CHIKUNGUNYA Sì ☐ No ☐

DATA INIZIO SINTOMI _____

T max. riferita (°C) _____

T max registrata (°C) _____

ELEMENTI CLINICI DEL CASO

☐ ARTRALGIA	☐ LINFOADENOPATIA	☐ PRURITO
☐ ASTENIA MARCATA	☐ MIALGIE	☐ RASH CUTANEO
☐ CEFALEA	☐ MENINGITE	☐ SDR. GASTROINTESTINALE
☐ ENCEFALITE	☐ PARALISI FLACCIDA ACUTA	☐ SDR DI GUILLAN-BARRE'
☐ 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
_____	+ ☐ - ☐	+ ☐ - ☐	+ ☐ - ☐	+ ☐ - ☐

WBC _____ HCT _____ PLT _____

DATI MEDICO RICHIEDENTE Email _____ Telefono _____

DATA, TIMBRO E FIRMA MEDICO RICHIEDENTE _____

