



## 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

WEST NILE 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 NS1
_____	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>			
_____	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>			
_____	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>			

WBC \_\_\_\_\_ HCT \_\_\_\_\_ PLT \_\_\_\_\_

DATI MEDICO RICHIEDENTE Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

DATA, TIMBRO E FIRMA MEDICO RICHIEDENTE \_\_\_\_\_