

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? Si No
 PAESE/LOCALITA' _____ DATA INIZIO _____ DATA FINE _____

INFEZIONE PREGRESSA

DENGUE Si No
 CHIKUNGUNYA Si No
 ZIKA Si No

VACCINAZIONI PREGRESSE

FEBBRE GIALLA Si No
 ENCEFALITE GIAPPONESE Si No
 TBE Si 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 _____

