Scheda per l'invio al Laboratorio di Riferimento Regionale (CRREM) di campioni biologici per accertamenti riguardanti Chikungunya, Dengue e Zika virus

Azienda Sanitaria _____
Reparto/ Servizio _____

Dati relativi al paziente

Cognome: _____ Nome: _____ sesso: M ☐ F ☐

Codice SSN |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| Cittadinanza: _____

Luogo di nascita: _____ data di nascita |____|____|_____|(gg/mm/aa)

Domicilio abituale: _____
Via/piazza e numero civico Comune Provincia

Permanenza all'estero nei **15** giorni precedenti l'inizio della sintomatologia

1. _____ _____ _____

2. _____ _____ _____
Nazione data inizio data fine

Viaggi in zone tropicali in qualsiasi periodo della vita (specificare Paesi) _____

Vaccinato contro: Febbre gialla Sì ☐ No ☐ – Encefalite giapponese Sì ☐ No ☐ – Encefalite da zecche Sì ☐ No ☐

Gravidanza in atto: Sì ☐ specificare settimana _____ No ☐

Solo per Zika, rapporti sessuali con partner maschile che ha viaggiato in aree endemiche/epidemiche Sì ☐ No ☐

Segni, sintomi e dati di laboratorio Data inizio sintomatologia |____|____|_____| (gg/mm/aa)

	S	N	NN		S	N	NN
Febbre	☐	☐	☐	Dolore retro-orbitale	☐	☐	☐
Artralgie	☐	☐	☐	Mialgie	☐	☐	☐
Rash cutaneo	☐	☐	☐	Cefalea	☐	☐	☐
Astenia	☐	☐	☐	Meningo-encefalite	☐	☐	☐
Congiuntivite	☐	☐	☐	Artrite	☐	☐	☐
Manifestazioni emorragiche	☐	☐	☐	Versamento pleurico	☐	☐	☐
Trombocitopenia	☐	☐	☐	Ipoproteinemia	☐	☐	☐
Emoconcentrazione (HCT ≥20%)	☐	☐	☐	Prova del laccio positiva	☐	☐	☐
Ascite	☐	☐	☐	Segni e sintomi di shock	☐	☐	☐

Altro (specificare) _____

Sospetto diagnostico:
Chikungunya ☐ Dengue ☐ Zika virus ☐ Altro (specificare) _____ ☐
Campioni prelevati il: |____|____|_____| (gg/mm/aa) per:
sierologia ☐ identificazione acido nucleico virale ☐ isolamento virale ☐ identificazione antigene virale di dengue ☐

Materiali biologici inviati al Laboratorio di Riferimento Regionale:

1. provetta 10 ml sangue in toto trattato con K-EDTA ☐
2. provetta 5 ml con sangue coagulato ☐
3. campione di urina ☐
4. campione di saliva ☐

Note:_____

Data |____|____|_____| Sanitario _____

Telefono _____ telefax _____ e-mail _____