Allegato B1

Scheda per l'invio al laboratorio di riferimento regionale di un campione ematico per accertamenti riguardanti chikungunya o dengue

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

Segni e sintomi Data inizio sintomatologia |____|____|_____| (gg/mm/aa)

	S	N	NN		S	N	NN
Febbre > 38,5	❑	❑	❑	Dolore retro-orbitale ❑	❑	❑	
Artralgie	❑	❑	❑	Mialgia ❑	❑	❑	
Rush cutaneo	❑	❑	❑	Cefalea ❑	❑	❑	
Astenia	❑	❑	❑	Meningo-encefalite ❑	❑	❑	
Sintomi emorragici	❑	❑	❑	Versamento pleurico ❑	❑	❑	
Tromobocitopenia	❑	❑	❑	Iponatremia ❑	❑	❑	
Emoconcentrazione (HCT ≥20%)	❑	❑	❑	Prova del laccio ❑	❑	❑	
Ascite	❑	❑	❑	Segni e sintomi di shock ❑	❑	❑	

Sospetto diagnostico:
Chikungunya ❑ Dengue ❑ Altro ❑

Campioni prelevati il: |____|____|_____| (gg/mm/aa) per:
sierologia ❑ biologia molecolare ❑ isolamento virale ❑

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 ❑

Note:_____

_____

Data |___|___|_____| Sanitario _____

Telefono _____ telefax _____ e-mail _____