

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI CASO DI CHIKUNGUNYA /DENGUE

Regione _____	Provincia _____
Comune _____	ASL _____

Cognome: _____			Nome: _____			sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
Codice SSN _____			Cittadinanza _____					
Luogo di nascita _____			Data di nascita: _____					
Residenza _____								
Domicilio abituale: _____								
<small>Via/piazza e numero civico</small>			<small>Comune</small>			<small>Prov.</small>		
Recapito telefonico del paziente o familiare _____								
Permanenza all'estero nei 15 giorni precedenti l'inizio della sintomatologia S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NN <input type="checkbox"/>								
1. _____			_____			_____		
2. _____			_____			_____		
3. _____			_____			_____		
<small>Nazione (casi autoctoni)</small>			<small>data inizio viaggio all'estero</small>			<small>data ritorno in Italia</small>		

Vaccinazione per febbre gialla	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Pregressa diagnosi di Dengue	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Pregressa diagnosi di Chikungunya	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			

Ricovero ospedaliero	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	NN <input type="checkbox"/>					
Ospedale di diagnosi: _____								
Segni e sintomi:		Data inizio sintomatologia: _____ (gg/mm/aa)						
		S	N	NN		S	N	NN
Febbre > 38,5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Astenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rush cutaneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sintomi emorragici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Linfoadenopatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefalee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artralgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meningoencef.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Descrizione dell'attuale stato del paziente _____

