

Regione VENETO  
Scheda di notifica di MALARIA

AUTOCTONA     IMPORTATA     INDOTTA

ULSS|\_|\_|\_|\_|    Distretto \_\_\_\_\_    Data compilazione|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Nome compilatore \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Sesso  M  F Età |\_|\_| Data di nascita |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Indirizzo domicilio abituale \_\_\_\_\_

Residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Paese visitato \_\_\_\_\_ Continente \_\_\_\_\_

**Motivo del viaggio:**

Lavoro     Turismo     Rientro Paese di origine     Immigrazione

Missione religiosa     Missione militare     Non noto     Altro \_\_\_\_\_

Data partenza dall'Italia |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|    Data rientro in Italia |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Ricovero Ospedale di \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_

**Data inizio sintomi** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|    Data ricovero |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Data diagnosi clinica |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|    Data diagnosi emoscopica |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Esito  Guarito     Decesso    Data dimissione/decesso |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Specie plasmodio:**

Falciparum     Vivax     Ovale     Malariae     Forme miste     Non spec.

Terapia: \_\_\_\_\_ Farmacoresistenza a: \_\_\_\_\_

**Chemioprofilassi:**  SI     NO     SI, incompleta Farmaci: \_\_\_\_\_

La chemioprofilassi è stata completata per 4 settimane dopo il rientro?  SI     NO     Non noto

Se NO, per quale motivo è stata interrotta:     Dimenticanza     Il viaggio era finita

Effetti collaterali \_\_\_\_\_     Altro \_\_\_\_\_

Le hanno consigliato misure di protezione contro le punture di zanzare?  SI     No     Non spec.

Ha dormito protetto da zanzariere nelle zone a rischio?     Mai     Saltuariamente     Sempre

Ha usato repellenti cutanei: \_\_\_\_\_  Mai     Saltuariamente     Sempre

**Note:** indicare eventuale stato di gravidanza o concomitanza di altre patologie, casi di recidiva e recrudescenza

Sezione riservata all'Istituto Superiore di Sanità

Emoscopia pervenuta \_\_\_\_\_ Emoscopia controllo \_\_\_\_\_