



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive
"Lazzaro Spallanzani"
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Via Portuense, 292, 00149 Roma

Allegato 1 Scheda di raccolta dati per la diagnosi di Laboratorio in caso di sospetta infezione da virus Ebola

Data _____ N. Accettazione (Lab Vir) _____ (A cura del Laboratorio)
Operatore che ha ricevuto il campione _____ (A cura del Laboratorio)

ASL/Ospedale _____

COGNOME e NOME _____

SESSO: Maschio Femmina DATA DI NASCITA ___/___/_____

RESIDENZA _____

Domicilio abituale _____

Recapito telefonico del paziente o di un familiare (facoltativo) _____

DATA INIZIO SINTOMATOLOGIA ___/___/_____

Segnalazione di caso sospetto inviata al Ministero della Salute secondo la Circolare del 13/08/2014	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Permanenza all'estero nei 21 giorni precedenti l'inizio dei sintomi Se sì, specificare _____ _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Contatto con casi accertati o sospetti di Ebola* Se sì, specificare _____ _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Segni e sintomi Febbre >38,5°C <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Segni emorragici <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Trombocitopenia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Segni e sintomi di shock <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Rash cutaneo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Campioni inviati Sangue/EDTA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Siero <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tampone (specificare) _____ Altro (Specificare) _____ _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

*Per le definizioni di caso e di contatto, si fa riferimento alle indicazioni periodicamente aggiornate dal Ministero della Salute (http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3943&area=Malattie%20infettive&menu=altremalattie)

Data di compilazione ___/___/_____

Il richiedente (timbro e firma)

Recapiti del richiedente (possibilmente tel. Cellulare e fax) _____