

SCHEDA INVIO CAMPIONI PER SOSPETTO SARS-CoV-2

[COMPILARE IN STAMPATELLO IN MODO LEGGIBILE]

Dati provenienza campione

Ausl: | | Azienda: | | Reparto: | |
 Telefono: | | E-mail: | | Fax: | |

Informazioni Generali del Paziente

Nome: | | Cognome: | | Sesso: M | | F | |
 Data di nascita: | | se data nascita non disponibile, specificare età in anni compiuti: | | o in mesi: | |
 Comune di residenza: | |
 In stato di gravidanza? Si | | No | | Non noto | | se sì, mese di gestazione | |

Informazioni sullo Stato Vaccinale

Il paziente è stato vaccinato per influenza nella corrente stagione: Si | | No | | Non noto | | Data vaccinazione: | |

Informazioni Cliniche del Paziente

Data insorgenza primi sintomi: | | Data ricovero: | | Reparto: | |
 Terapia Antivirale: Si | | No | | Non noto | | se sì, Oseltamivir | | Zanamivir | | Peramivir | |
 Data inizio terapia: | | Durata: | | (giorni) Presenza di patologie croniche: Si | | No | | Non noto | |
 se sì quali? | |

Dati di Laboratorio

Data di invio del campione: | | Data prelievo del campione: | |
 Tipo di campione: | | Basse vie respiratorie Specificare: | |
 | | Alte vie respiratorie Specificare: | |
 Se presenza complicanze, specificare: | |
 Data complicanza: | | Eseguita radiografia: Si | | No | | Non noto | |
 Polmonite: Si | | No | | Non noto | |
 Grave insufficienza respiratoria acuta (SARI): Si | | No | | Non noto | |
 Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS): Si | | No | | Non noto | |
 Altro, specificare: Si | | No | | Non noto | |

Link epidemiologico

Negli ultimi 15 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso si è recato in un Paese dove siano stati confermati casi di polmonite da nuovo coronavirus? Si | | No | | Non noto | | Se sì,

dove | | data di arrivo : | | | | data di partenza : | | | |
 dove | | data di arrivo : | | | | data di partenza : | | | |
 dove | | data di arrivo : | | | | data di partenza : | | | |

data di arrivo in Italia: | | / | | / | |

Negli ultimi 15 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso è stato a contatto con una persona affetta da polmonite da nuovo coronavirus? Si | | No | | Non noto | |

Se sì, specificare dove: | |
 data esposizione: | | / | | / | |

NB: I REFERTI SARANNO INOLTATI AL REPARTO RICHIEDENTE, AL DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA DELLA AUSL COMPETENTE E AL SERVIZIO PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

