



SCHEDA PER LA NOTIFICA DI CASI DA VIRUS RESPIRATORI



Stagione 2019-2020

I dati della scheda dovranno essere inseriti nel sito al seguente indirizzo <https://www.iss.it/Site/FLUFF100/login.aspx>
 Copia della scheda dovrà essere inviata a malinf@sanita.it ed a sorveglianza.influenza@iss.it

[COMPILARE IN STAMPATELLO IN MODO LEGGIBILE]

Dati della segnalazione

Data di segnalazione: |____/____/2020|

Regione: |__LOMBARDIA| Asi: |__BERGAMO|

Dati di chi compila la scheda

Nome: |__GIANLUCA| Cognome: |__BERETTA|

Telefono: |__035.604.225| Cellulare: |____| E-mail: |__LABORATORIOANALISI.PSP@GRUPPOSANDONATO.IT|

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|X| se sì, mese di gestazione |__|

INFORMAZIONI NECESSARIE PER LA SORVEGLIANZA (OBBLIGATORIE)

CODICE FISCALE (OBBLIGATORIO): |_____|

NUMERO DI TELEFONO (OBBLIGATORIO): |_____|

SETTING: OSPEDALIERO TERRITORIALE ALTRO

Informazioni sullo Stato Vaccinale

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

se sì, Nome commerciale del vaccino: |_____| Data della vaccinazione: |_____|

Informazioni Cliniche del Paziente

Data insorgenza primi sintomi: |_____|

Data ricovero: |_____| Nome Ospedale: |__POLICLINICO SAN PIETRO|

Reparto: Terapia intensiva/rianimazione (UTI) |__| Intubato |__| ECMO |__|
 DEA/EAS |__|
 Terapia sub intensiva |__|
 Cardiochirurgia |__|
 Malattie Infettive |__|
 Altro, specificare |X| RIENTRO DALL'ESTERO

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?

Tumore Si|__| No|__| Non noto|__|
 Diabete Si|__| No|__| Non noto|__|
 Malattie cardiovascolari Si|__| No|__| Non noto|__|
 Deficit immunitari Si|__| No|__| Non noto|__|
 Malattie respiratorie Si|__| No|__| Non noto|__|