

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:|_|_|_|_|

Chemioprolifassi:|_| SI |_| NO |_|SI, incompleta Farmaci:|_|_|_|_|

La chemioprolifassi 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|_|_|_|_|