Allegato 3

SCHEDA PER L'INVIO AL LABORATORIO DI RIFERIMENTO REGIONALE DEI CAMPIONI BIOLOGICI PER ACCERTAMENTI RIGUARDANTI L'INFEZIONE DA WEST NILE VIRUS

Azienda Ospedaliera _____
Reparto / Servizio _____

Dati relativi al paziente
Cognome: _____ **Nome**: _____
Sesso: M ☐ F ☐
Luogo di nascita: _____ **Data di nascita** |___|___|_____|
gg/mm/aaaa)

Domicilio abituale:
_____ _____
Via/piazza e numero civico Comune Provincia

Permanenza all'estero nelle tre settimane precedenti l'inizio della sintomatologia:
1. _____ _____ _____
2. _____ _____ _____
Nazione data inizio data fine

Precedenti vaccinazioni	S	N	NN
Febbre gialla	☐	☐	☐
Encefalite trasmessa da zecche	☐	☐	☐
Encefalite giapponese	☐	☐	☐

Informazioni cliniche

	S	N	NN
Febbre > 38.5°C	☐	☐	☐

Se sì, data inizio febbre |___|___|_____|
(gg/mm/aaaa)

Diagnosi che ha motivato il prelievo di liquor
Encefalite ☐ Meningite ☐ Poliradiculoneurite ☐ Paralisi flaccida acuta ☐
Altro (specificare) ☐ _____

Materiale biologico prelevato: 1° campione ☐ **2° campione** ☐ **Altro** _____
Liquor ☐ data prelievo: |___|___|_____| (gg/mm/aaaa)

Sangue ☐ data prelievo: |___|___|_____| (gg/mm/aaaa)

Siero ☐ data prelievo: |___|___|_____| (gg/mm/aaaa)
Materiali biologici inviati al Laboratorio di riferimento regionale in data |___|___|_____| (gg/mm/aaaa)
Note:_____
_____

Data |___|___|_____| Firma Sanitario _____
telefono _____ fax _____ e mail_____