Allegato 3

Scheda di segnalazione di caso di West Nile Virus

1. Regione _____ **2. Azienda Sanitaria/Ospedale**_____

3. Servizio / Reparto _____

4. Dati relativi al paziente:
Cognome: _____ Nome: _____
Sesso: M □ F □ Codice Fiscale |___|___|___|