

MINISTERO DELLA SANITA' - DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE - UFFICIO III -MALATTIE INFETTIVESCHEDA PER LA NOTIFICA E L'INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA SU CASO DI MALARIA IMPORTATA INDOTTA AUTOCTONA

REGIONE _____	PROVINCIA _____
COMUNE _____	ASL _____ COD.ASL _____

Sezione A

COGNOME _____	NOME _____	SESSO <input type="checkbox"/> maschio <input type="checkbox"/> femmina
ETA' COMPIUTA ALL'INIZIO DELLA MALATTIA: [____]		
<small>< 1 anno. Da 0 a 11 mesi</small>		<small>≥ 1 anno. Da 1 a 99 anni >99 indicare 99</small>
CITTADINANZA _____		
CODICE SSN []	PROFESSIONE _____	
INDIRIZZO DOMICILIO ABITUALE _____		
STATO DI RESIDENZA _____		
SE RESIDENTE IN ITALIA INDICARE COMUNE _____ PROV. [____]		
ASL DI RESIDENZA _____	COD. ASL RES _____	

Sezione B

PAESE VISITATO _____	CONTINENTE _____
MOTIVO DEL VIAGGIO	<input type="checkbox"/> lavoro <input type="checkbox"/> turismo <input type="checkbox"/> rientro Paese d'origine <input type="checkbox"/> immigrazione <input type="checkbox"/> missione religiosa <input type="checkbox"/> missione militare <input type="checkbox"/> non noto <input type="checkbox"/> altro specificare _____
DATA PARTENZA DALL'ITALIA ____/____/____	DATA RIENTRO IN ITALIA ____/____/____
DATA INIZIO SINTOMI ____/____/____	RICOVERO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si
RICOVERATO PRESSO OSPEDALE DI _____ REPARTO _____	
DATA RICOVERO ____/____/____	DATA DIAGNOSI CLINICA ____/____/____
DATA DIAGNOSI EMOSCOPICA ____/____/____	
ESITO <input type="checkbox"/> guarigione <input type="checkbox"/> decesso	DATA DIMISSIONE/DECESSO ____/____/____
SPECIE DI PLASMODIO	<input type="checkbox"/> <i>P. falciparum</i> <input type="checkbox"/> <i>P. vivax</i> <input type="checkbox"/> <i>P. malariae</i> <input type="checkbox"/> <i>P. ovale</i> <input type="checkbox"/> forme miste specificare _____ <input type="checkbox"/> non specificabile
TERAPIA _____ FARMACORESISTENZA A _____	
CHEMIOPROFILASSI <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> si, incompleta	
Se si specificare tipo chemioprolassi _____	
Note: indicare eventuale stato di gravidanza o concomitanza di altre patologie _____	
Medico _____	Data compilazione ____/____/____

Sezione C (riservata al Ministero della Sanità)

Emoscopia pervenuta _____	Emoscopia di controllo _____
---------------------------	------------------------------