

## SCHEDA INVIO CAMPIONI PER SOSPETTO 2019-nCoV

[COMPILARE IN STAMPATELLO IN MODO LEGGIBILE]

### Dati provenienza campione

Ausl: \_\_\_\_\_ Azienda: \_\_\_\_\_ Reparto: \_\_\_\_\_  
 Telefono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### 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? Sì|\_\_| No|\_\_| Non noto|\_\_| se sì, mese di gestazione |\_\_|

### Informazioni sullo Stato Vaccinale

Il paziente è stato vaccinato per influenza nella corrente stagione: Sì|\_\_| No|\_\_| Non noto|\_\_| Data vaccinazione: \_\_\_\_\_

### Informazioni Cliniche del Paziente

Data insorgenza primi sintomi: \_\_\_\_\_ Data ricovero: \_\_\_\_\_ Reparto: \_\_\_\_\_  
 Terapia Antivirale: Sì|\_\_| No|\_\_| Non noto|\_\_| se sì, Oseltamivir |\_\_| Zanamivir |\_\_| Peramivir |\_\_|  
 Data inizio terapia: \_\_\_\_\_ Durata: \_\_\_\_\_ (giorni) Presenza di patologie croniche: Sì|\_\_| No|\_\_| Non noto|\_\_|  
 se sì quali? \_\_\_\_\_

### Dati di Laboratorio

Data di invio del campione: \_\_\_\_\_ Data prelievo del campione: \_\_\_\_\_  
 Tipo di campione: |\_\_| Basse vie respiratorie Specificare: \_\_\_\_\_  
 |\_\_| Alte vie respiratorie Specificare: \_\_\_\_\_  
 Se presenza complicanze, specificare: \_\_\_\_\_  
 Data complicanza: \_\_\_\_\_ Eseguita radiografia: Sì|\_\_| No|\_\_| Non noto|\_\_|  
 Polmonite: Sì|\_\_| No|\_\_| Non noto|\_\_|  
 Grave insufficienza respiratoria acuta (SARI): Sì|\_\_| No|\_\_| Non noto|\_\_|  
 Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS): Sì|\_\_| No|\_\_| Non noto|\_\_|  
 Altro, specificare: Sì|\_\_| No|\_\_| Non noto|\_\_| \_\_\_\_\_

### Link epidemiologico

Negli ultimi 15 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso si è recato in un Paese dove siano stati confermati casi di polmonite da **nuovo coronavirus**? Sì|\_\_| No|\_\_| Non noto|\_\_| Se sì,

dove \_\_\_\_\_ data di arrivo: |\_\_|\_|\_| data di partenza: |\_\_|\_|\_|  
 dove \_\_\_\_\_ data di arrivo: |\_\_|\_|\_| data di partenza: |\_\_|\_|\_|  
 dove \_\_\_\_\_ data di arrivo: |\_\_|\_|\_| data di partenza: |\_\_|\_|\_|

data di arrivo in Italia: |\_\_|/|\_\_|/|\_\_\_\_\_|

Negli ultimi 15 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso è stato a contatto con una persona affetta da polmonite da **nuovo coronavirus**? Sì|\_\_| No|\_\_| Non noto|\_\_|

Se sì, specificare dove: \_\_\_\_\_  
 data esposizione: |\_\_|/|\_\_|/|\_\_\_\_\_|

**NB: I REFERTI SARANNO INOLTATI AL REPARTO RICHIEDENTE, AL DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA DELLA AUSL COMPETENTE E AL SERVIZIO PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA**