

SCHEDA PER LA NOTIFICA E L'INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA DI CASO DI MALARIA IMPORTATA INDOTTA AUTOCTONA RECIDIVA RECRUDESCENZA

REGIONE 010	OSPEDALE _____	ASL _____	ASO _____
COMUNE _____	PROVINCIA _____		

Sezione A

Cognome _____ Nome _____ Sesso Maschio Femmina
Data nascita __/__/____/ Luogo nascita _____ Cittadinanza _____
Indirizzo residenza _____ Comune _____ Prov [_] Asl _____ Stato _____
Indirizzo domicilio _____ Comune _____ Prov [_] Asl _____ Stato _____
Recapito telefonico _____ Cellulare _____ Professione _____

Sezione B

Paese visitato _____ Continente _____
Paese transito _____ Continente _____
 Motivo del viaggio Lavoro Turismo Rientro paese d'origine Immigrazione
 Missione religiosa Missione militare Studio Non noto Altro _____
Gravida No Sì se sì settimane di gravidanza _____
Data partenza dall'Italia ____/____/____ Data rientro/arrivo in Italia ____/____/____
Data inizio sintomi ____/____/____ Ricovero No Sì Data ricovero ____/____/____
Ricovero presso Ospedale _____ Reparto _____
Data diagnosi clinica ____/____/____ Data diagnosi emoscopica ____/____/____
Specie di Plasmodio *P. falciparum* *P. vivax* *P. malariae* *P. ovale* Forme miste
Specificare _____ Non specificabile
Terapia _____ Farmacoresistenza a _____
Esito Guarigione Decesso Data dimissione/decesso ____/____/____
Chemioprolassi effettuata in viaggio No Sì Sì, incompleta (motivare perché incompleta) _____
Tipo di chemioprolassi (farmaco) _____
Chemioprolassi consigliata prima del viaggio da (medicina viaggi, medico, internet, agenzie viaggi, altro spec) _____ Tipo profilassi consigliata (farmaco) _____
Profilassi comportamentale No Sì Solo comportamentale
Stand By Treatment in viaggio No Sì se sì farmaco _____
Altri viaggi effettuati negli ultimi 12 mesi (36 mesi se malaria da *P. vivax*) No Sì
Nazione _____ data partenza dall'Italia __/__/____ data arrivo in Italia __/__/____
Nazione _____ data partenza dall'Italia __/__/____ data arrivo in Italia __/__/____
Nazione _____ data partenza dall'Italia __/__/____ data arrivo in Italia __/__/____
Note _____
Medico _____ Data compilazione ____/____/____

Sezione C (riservata all'Istituto Superiore di Sanità)

Emoscopia pervenuta _____ Emoscopia di controllo _____