Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia autonoma di Trento Dipartimento Laboratorio e Servizi U.O. Microbiologia e Virologia - Ospedale di Trento	**Modulo** **SCHEDA INFORMAZIONI CLINICO-EPIDEMIOLOGICHE RICERCA VIRUS INFLUENZA A - B - H1N1v**

SCHEDA INFORMAZIONI CLINICO-EPIDEMIOLOGICHE
RICERCA CON TEST MOLECOLARE VIRUS INFLUENZA A – B – H1N1v
E ALTRI AGENTI EZIOLOGICI DI POLMONITE

Cognome, Nome _____
Data di nascita _____ **Sesso** □M □F
Reparto _____ **Medico richiedente** _____
Data prelievo _____ **Campione** □ Tampone naso-faringeo
□ Altro (specificare) _____
Provenienza □ Ospedale (specificare struttura e reparto)_____
□ Territorio (specificare distretto di appartenenza e nome MMG)
_____
Contatti con casi di influenza □ SI □ NO
Località in cui si sono verificati i contatti (specificare) _____
Situazione in cui si sono verificati i contatti
□ Abitazione□ Struttura sanitaria (specificare) _____
□Viaggio (specificare area di provenienza, n° volo o treno, compagnia)
_____
□ Non noto
Tipo di contatto □ Assistenza□ Contatto diretto con secrezioni respiratorie□ Coabitazione□ Altro _____ □ Non noto
Febbre (indicare °C) _____ comparsa da giorni ___
Ricovero in isolamento □ SI□ NO
Quadro clinico □ Tosse□ Dispnea□ Faringodinia□ Rinorrea
□ Vomito□ Diarrea□ fotofobia/congiuntivite
□ Artromialgie□ Cefalea□ Astenia
□ Interessamento delle basse vie aeree (specificare) _____
_____
Ventilazione assistita□ SI□ NO
Rx Torace □ Reperti di polmonite □ Negativo per polmonite □ Non eseguito
Grado di severità □ Lieve□ Media□ Severa/Grave

Data_____Firma leggibile del medico richiedente
_____

Per il laboratorio: Data e ora di accettazione _____
Firma Operatore accettante _____

ModTN2074 Rev. N° 00 del 19/05/2015	REDATTO DA Responsabile di settore	APPROVATO DA Responsabile della qualità di U.O.