



LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA

SORVEGLIANZA TEST RAPIDO PER DIAGNOSI VIRUS INFLUENZALE A/H1N1

Ospedale

Città Codice pronto soccorso

Nome medico segnalatore tel:

Dati anagrafici relativi al caso sospetto/probabile/confermato di influenza A/H1N1

COGNOME NOME

Data di nascita Sesso: M F

Comune di nascita Codice fiscale
(stato estero se straniero)

Nazionalità

Dati clinici/laboratoristici

Data visita Ora

Data inizio sintomi

Sintomi Febbre (specificare temperatura:)
 Tosse Mal di gola
 Rinorrea Vomito
 Diarrea Dispnea
 Mialgia Altro (specificare)
 Cefalea

Tipo test rapido effettuato (nome commerciale)

Risultato test A B Negativo

Trattamento antivirale Tamiflu Relenza Non effettuato

Invio ad una struttura di ricovero

IRCCS Spallanzani Policlinico Gemelli Altra struttura

*Questa scheda va compilata ogni volta che sarà effettuato un test rapido: va inviata immediatamente via fax a Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio
Fax riservato: 06 83060405 - Specificare sulla copertina del fax la dicitura "RISERVATO - CONFIDENZIALE"
Per ulteriori informazioni chiamare: 06 83060375*



Regione Lazio