

originale

copia controllata informatica

copia controllata cartacea \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

copia non controllata \_\_\_\_\_ distribuzione interna a cura del RQ

bozza

---

Il presente modulo costituisce il documento che deve essere utilizzato per la notifica delle forme gravi e complicate e dei decessi da virus influenzale al Ministero della Salute.

---

**Redazione**

**Patrizia Bellocchi**, Dirigente Medico Direzione Medica PP.OO. Vittorio Emanuele-Ferrarotto  
**Giacomo Castiglione**, Responsabile U.O. Rianimazione P.O. Vittorio Emanuele  
**Stefania Di Mauro**, Medico in Specializzazione, Igiene  
**Salvatore Galeano**, Infermiere Direzione Medica PP.OO. Vittorio Emanuele-Ferrarotto  
**Giuseppe Giuliano**, Dirigente Medico U.O. Terapia Intensiva P.O. Ferrarotto  
**Maria Patrizia Gozzi**, Infermiere DSA Osserv. Epidem. e di Ricerca P.O. G. Rodolico

---

**Verifica**

**Vincenzo Parrinello**, Responsabile U.O. per la Qualità e Rischio Clinico

---

**Approvazione**

**Santa Adele Carini**, Direttore Medico PP.OO. G Rodolico - V. Emanuele – Ferrarotto – S. Bambino

---

**Ratifica**

**Antonio Lazzara**, Direttore Sanitario

---





**SCHEDA RACCOLTA DATI SUL PAZIENTE SOTTOPOSTO A TAMPONE PER LA CONFERMA DI LABORATORIO**

COGNOME e NOME MEDICO (per esteso): \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ CODICE REGIONALE \_\_\_\_\_

LABORATORIO DI RIFERIMENTO \_\_\_\_\_

**DATI PAZIENTI**

Iniziali paziente	Sesso	Età (anni)	Eventuali patologie concomitanti che favoriscono le complicanze	Data inizio sintomi	Data prelievo	Vaccinato	Eventuale Terapia Antivirale
			<input type="checkbox"/> Malattie croniche apparato respiratorio <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Malattie apparato cardio-circolatorio <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Immunosoppresso <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Malattie metaboliche <sup>4</sup>			<input type="checkbox"/> SI  <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Oseltamivir  <input type="checkbox"/> Zanamivir
			<input type="checkbox"/> Malattie croniche apparato respiratorio <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Malattie apparato cardio-circolatorio <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Immunosoppresso <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Malattie metaboliche <sup>4</sup>			<input type="checkbox"/> SI  <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Oseltamivir  <input type="checkbox"/> Zanamivir
			<input type="checkbox"/> Malattie croniche apparato respiratorio <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Malattie apparato cardio-circolatorio <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Immunosoppresso <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Malattie metaboliche <sup>4</sup>			<input type="checkbox"/> SI  <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Oseltamivir  <input type="checkbox"/> Zanamivir
			<input type="checkbox"/> Malattie croniche apparato respiratorio <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Malattie apparato cardio-circolatorio <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Immunosoppresso <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Malattie metaboliche <sup>4</sup>			<input type="checkbox"/> SI  <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Oseltamivir  <input type="checkbox"/> Zanamivir
			<input type="checkbox"/> Malattie croniche apparato respiratorio <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Malattie apparato cardio-circolatorio <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Immunosoppresso <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Malattie metaboliche <sup>4</sup>			<input type="checkbox"/> SI  <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Oseltamivir  <input type="checkbox"/> Zanamivir

\* Se si tratta di bambini al di sotto dell'anno di età indicare il numero di mesi seguito dalla lettera M;

1: Inclusa l'asma grave, la displasia broncopulmonare, la fibrosi cistica e la broncopatia cronico ostruttiva-BPCO;

2: Compresse le cardiopatie congenite e acquisite;

3: Malattie congenite o acquisite che comportino carenza produzione di anticorpi; immunosoppressione indotta da farmaci o da HIV;

4: Diabete mellito, obesi con BMI >di 30 e gravi patologie concomitanti.

Revisione del modello di cui al "Protocollo operativo del sistema di sorveglianza FLU-ISS"



---

Indice di revisione	Motivo della revisione	Data
Ed.0 Rev. 00	Emissione	21 febbraio 2016

---



**Redazione**

Data 21 febbraio 2016

**Patrizia Bellocchi**

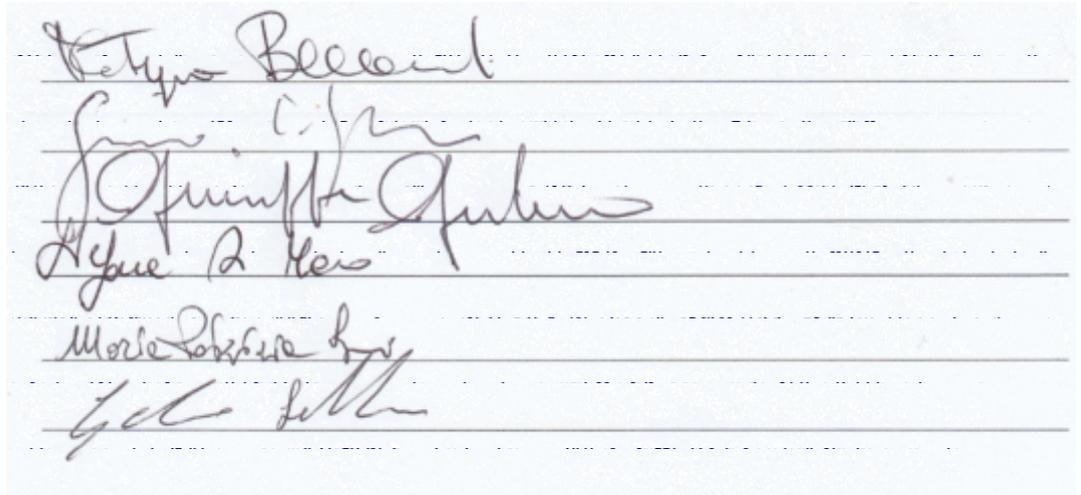
**Giacomo Castiglione**

**Giuseppe Giuliano**

**Stefania Di Mauro**

**Maria Patrizia Gozzi**

**Salvatore Galeano**



**Verifica**

Data 21 febbraio 2016

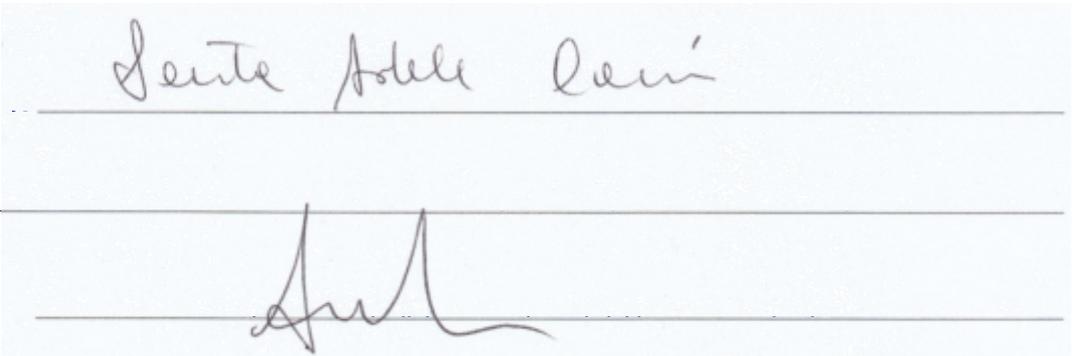
**Vincenzo Parrinello,**  
Responsabile UO per la  
Qualità e Rischio Clinico



**Approvazione**

Data 21 febbraio 2016

**Santa Adele Carini**  
Direttore Medico PPOO  
GR, VE, FE e SB



**Ratifica**

Data 21 febbraio 2016

**Antonio Lazzara,**  
Direttore Sanitario

