

**SCHEDA DI TRIAGE**  
**PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI MALATTIA DA EBOLA VIRUS (EVD)**

SEDE..... data \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DATA NASCITA \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE CLINICA**

**SEGN E SINTOMI**

- ☐ **TEMPERATURA > 38.6°C** Specificare: \_\_\_\_\_
- ☐ Malessere generale   ☐ Cefalea   ☐ Faringodinia   ☐ Vomito   ☐ Diarrea   Numero scariche \_\_\_\_\_
- ☐ Poliartromialgie   ☐ Dolori addominali   ☐ Inappetenza   ☐ Iniezione congiuntivale   ☐ Singhiozzo
- ☐ Rash cutaneo   ☐ Tosse   ☐ Dispnea   ☐ Dolore toracico
- ☐ Manifestazioni emorragiche   Sede/Descrizione \_\_\_\_\_

**DATA DI COMPARSA DEI SINTOMI:** \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA**

Il periodo di incubazione di EVD può variare da un minimo di 2 giorni ad un massimo di 21. Pertanto, il rischio si configura per soggetti che abbiano SOGGIORNATO IN AREA EPIDEMICA NON OLTRE I 21 GIORNI DALLA COMPARSA DEI SINTOMI.

Informazioni aggiornate sulle zone interessate:

[http://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_3\\_4.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=avvisi&tipo=eventiEpidemici](http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_3_4.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=avvisi&tipo=eventiEpidemici)

DATI RACCOLTI DA **CONSULTAZIONE DIRETTA DEL PASSAPORTO** ☐ SI ☐ NO

**LUOGO** SOGGIORNO: ☐ GUINEA   ☐ SIERRA LEONE   ☐ LIBERIA   ☐ NIGERIA

ALTRO Paese a rischio (vedi sopra) \_\_\_\_\_

**PERIODI** SOGGIORNO E VIAGGIO

DATA DI PARTENZA DALLA ZONA A RISCHIO \_\_\_\_\_

DATA DI RIENTRO IN ITALIA \_\_\_\_\_ DURATA DEL SOGGIORNO \_\_\_\_\_

**CONTATTI** CON CASI DI EVD (vivi o deceduti) ☐ SI ☐ NO

**CONTATTI** CON CASI SOSPETTI AD ALTO RISCHIO (CASI PROBABILI) ☐ SI ☐ NO

**CONTATTI** DIRETTI E/O MANIPOLAZIONE CON ANIMALI (pipistrelli, roditori, scimmie) ☐ SI ☐ NO

**VALUTAZIONE**

- ☐ **CASO ESCLUSO** (mancano sintomi compatibili oppure più di 21 giorni tra data partenza e data sintomi)
- ☐ **CASO SOSPETTO A BASSO RISCHIO** (presenza febbre e viaggio compatibile e Assenza Contatti)
- ☐ **CASO SOSPETTO AD ALTO RISCHIO** (CASO PROBABILE) (presenza febbre e viaggio compatibile e Presenza Contatti)

Firma dell'infermiere \_\_\_\_\_ Firma del medico \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_