



SCHEDA di SEGNALAZIONE INFLUENZA

TIPO di SEGNALAZIONE : SOSPETTO PROBABILE ACCERTATO

CRITERI di DIAGNOSI : CLINICO COLTURALE ALTRO

COGNOME E NOME DEL PAZIENTE _____

SESSO : MASCHIO FEMMINA

LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA ____/____/____

CITTADINANZA _____

RESIDENZA: CITTA' _____ VIA e N. CIVICO _____

N.° TELEFONICO _____ PROFESSIONE _____

N.° COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE _____

EVENTUALE COMUNITA' FREQUENTATA _____

DATA INIZIO SINTOMI _____

LUOGO INIZIO SINTOMI _____

RICERCHE DIAGNOSTICHE ESEGUITE O IN CORSO _____

DATA ESAME ____/____/____

LUOGO: MICROBIOLOGIA ASO CUNEO ☐ ALTRO ☐

TIPO RICERCA _____

RISULTATI _____

RICOVERO: SI NO DATA ____/____/____ REPARTO : _____

NON VACCINATO

VACCINATO

NON NOTO

Cognome nome firma medico segnalatore _____ Data: ____/____/____

(Da inviare in Direzione Sanitaria di Presidio – fax 0171-641035)