

Scheda di sorveglianza delle sindromi neurologiche di sospetta origine infettiva

☐ Primo invio ☐ Aggiornamento del (gg/mm/aaaa) ID.....

Caso di.....

Criterio diagnostico ☐ Clinico ☐ Sierologico ☐ Colturale
☐ Esame diretto ☐ Esame molecolare ☐ Antigeni solubili

SEZIONE A - DATI RELATIVI AL COMPILATORE

(A cura del medico di PS/DEA o del medico che pone il sospetto diagnostico)

Data compilazione (gg/mm/aaaa)

Medico compilatore..... Telefono.....

Ospedale..... Reparto.....

Comune Provincia

N. fax per la restituzione del referto (indicare il numero per intero).....

SEZIONE B - DATI RELATIVI AL PAZIENTE

(A cura del medico di PS/DEA o del medico che pone il sospetto diagnostico)

Cognome.....Nome.....

Sesso ☐ M ☐ F Data di nascita (gg/mm/aaaa)

Nazione di nascita Se estera, anno di arrivo in Italia

Residenza / / /
Comune Indirizzo Prov ASL

Codice fiscale / STP / ENI

Domicilio (se diverso dalla residenza) / / /
Comune Indirizzo Prov ASL

Telefono..... Professione.....

Fattori di rischio preesistenti, condizioni rilevanti:

- | | |
|--|---|
| ☐ Diabete mellito | ☐ Insufficienza renale cronica/dialisi |
| ☐ Asplenia anatomica/funzionale | ☐ Malattie polmonari croniche |
| ☐ Immunodeficienza | ☐ Terapie immunosoppressive |
| ☐ Leucemie/linfomi | ☐ Altre neoplasie, spec..... |
| ☐ Altro, specificare..... | |
| ☐ Gravidanza (data u. m. (gg/mm/aaaa) | |

Data inizio sintomi (gg/mm/aaaa)

Glasgow Coma Scale Medical Early Warning Score (MEWS)

PaO2.....mmHg PaO2/FiO2

Tempo trascorso dall'arrivo in PS/DEA e inizio della terapia antibiotica: h min

Se trasferito, specificare: Ospedale Reparto

SEZIONE H - PARTECIPAZIONE A FILM-E

(A cura del medico di PS/DEA o del medico che esegue la rachicentesi)

Il paziente ha firmato il consenso informato per la partecipazione allo studio:

☐ Sì, in data ☐ No, specificare la motivazione.....

Medico compilatore.....Telefono.....

Data compilazione (gg/mm/aaaa)

NOTE