

## SCHEDA PER LA NOTIFICA DEI CASI CONFERMATI CORONAVIRUS

*La scheda deve essere inviata al Dipartimento di Prevenzione di competenza subito dopo la conferma del caso per l'avvio delle attività di sorveglianza  
Il Dipartimento di Prevenzione invia a Regione ( [malinf@regione.fvg.it](mailto:malinf@regione.fvg.it) )*

Primo invio |\_\_|    Aggiornamento |\_\_|

[COMPILARE IN STAMPATELLO IN MODO LEGGIBILE]

### Dati della segnalazione

Data di segnalazione: |\_\_\_\_\_||

Azienda: |\_\_\_\_\_||

### Dati di chi compila la scheda

Nome: |\_\_\_\_\_||      Cognome: |\_\_\_\_\_||

Cellulare: |\_\_\_\_\_||

### Informazioni Generali del Paziente

Nome: |\_\_\_\_\_||    Cognome: |\_\_\_\_\_||    Sesso: M|\_\_|    F|\_\_|

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_    Nazionalità \_\_\_\_\_||

Domicilio: \_\_\_\_\_||

Residenza (se diverso del Domicilio): \_\_\_\_\_||

Data di nascita: |\_\_\_\_\_||

### Informazioni sull'indagine epidemiologica\*

Comune di esposizione: |\_\_\_\_\_||

Luogo di esposizione: |\_\_\_\_\_||

Operatore sanitario Si|\_\_|No|\_\_|Non noto|\_\_|    Caso Isolato    Si|\_\_|No|\_\_|Non noto|\_\_|

Caso collegato ad altro caso (indicare il cognome nome) |\_\_\_\_\_||

\*va completata a cura del Dipartimento di Prevenzione

### Informazioni Cliniche del Paziente

Asintomatico    |\_\_|    Pauci-sintomatico    |\_\_|    Lieve    |\_\_|    Severo    |\_\_|  
 Critico    |\_\_|    Guarito    |\_\_|    Deceduto    |\_\_|

Data insorgenza primi sintomi: |\_\_\_\_\_||

In stato di gravidanza?    Si|\_\_|No|\_\_|Non noto|\_\_| se sì, mese di gestazione    |\_\_|

**Presenza di patologie croniche:** Si|\_\_| No|\_\_| Non noto|\_\_|  
Tumore Si|\_\_| No|\_\_| Non noto|\_\_|  
Diabete Si|\_\_| No|\_\_| Non noto|\_\_|  
Malattie cardiovascolari Si|\_\_| No|\_\_| Non noto|\_\_|  
Deficit immunitari Si|\_\_| No|\_\_| Non noto|\_\_|  
Malattie respiratorie Si|\_\_| No|\_\_| Non noto|\_\_|  
Malattie renali Si|\_\_| No|\_\_| Non noto|\_\_|  
Malattie metaboliche Si|\_\_| No|\_\_| Non noto|\_\_|  
Obesità BMI tra 30 e 40 Si|\_\_| No|\_\_| Non noto|\_\_|  
Obesità BMI>40 Si|\_\_| No|\_\_| Non noto|\_\_|  
Altro, specificare: \_\_\_\_\_

**Collocazione del caso:** Domicilio |\_\_| Ospedale |\_\_| Altra Struttura |\_\_\_\_\_|

Data ricovero: |\_\_\_\_\_|

Ospedale: |\_\_\_\_\_|

Reparto: |\_\_\_\_\_|

Terapia in corso Si|\_\_| No|\_\_|

#### Cambiamento dello stato Clinico (indicare ogni modifica)

Trasferimento in altro Ospedale o Reparto |\_\_\_\_\_| Data |\_\_\_\_\_|

#### Dati di Laboratorio

Data prelievo del campione: |\_\_\_\_\_| Data conferma del laboratorio per coronavirus: |\_\_\_\_\_|

Sequenza genomica effettuata: Si|\_\_| No|\_\_| Non noto|\_\_|

#### Esito e Follow-up

Esito: Guarigione |\_\_| Data: |\_\_\_\_\_|

Decesso |\_\_| Data: |\_\_\_\_\_|

Presenza esiti |\_\_| Specificare \_\_\_\_\_