QUESTIONARIO A
SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI GASTROENTERICHE

Ospedale/ASL/medico di base che ha eseguito l'analisi o il campionamento _____

Codice identificativo del campione _____

Data prelievo feci/vomito: ___/____/____

Data inizio sintomi gastroenterite: ___/____/____

Sesso del paziente: ☐ M ☐ F

Età

0-4 anni ☐

5-14 anni ☐

15-64 anni ☐

65+ anni ☐

Sintomi:

Febbre (>38°C): ☐ SI ☐ NO

Diarrea: ☐ > 3 volte al giorno ☐ < 3 volte al giorno ☐ NO diarrea

Vomito: ☐ SI ☐ NO

Vaccinazione rotavirus: ☐ SI ☐ NO

Terapia antibiotica: ☐ SI ☐ NO

Altri sintomi: _____

Sospetta epidemia* ☐ SI ☐ NO

Caso nosocomiale** ☐ SI ☐ NO

*Presenza di un numero superiore a due casi di GE insorti nello stesso periodo temporale e/o nello stesso luogo.

**Insorgenza sintomi GE nelle 24 ore successive al ricovero o entro le 24 ore dalla dimissione.