



Sorveglianza delle infezioni virali acute delle alte e basse vie respiratorie

1. **Paziente** Iniziali 2. **Nazionalità:** Italiana ☐ Altro ☐ (Specificare)
3. **Provincia di nascita** 4. **Provincia di residenza** 5. **Età** (anni compiuti)
6. **Sesso** ☐ M ☐ F 7. **Professione abituale** (Specificare)
8. **Fuma sigarette** No ☐ Si ☐ Se sì, quante al giorno
9. **Vaccinazione** No ☐ Si ☐

10. **Sintomi riferiti:**

- Febbre $\geq 37,5^\circ$ ☐ Indicare temperatura massima raggiunta
- Tosse secca ☐ Dolori articolari ☐
- Tosse produttiva ☐ Nausea ☐
- Dispnea ☐ Vomito ☐
- Faringodinia ☐ Crampi addominali ☐
- Cefalea, ☐ Diarrea ☐
- Brividi, ☐ Insufficienza respiratoria ☐
- Sudorazione ☐
- Dolore retrosternale ☐
- Congestione nasale ☐
- Dolori muscolari diffusi ☐

Data sintomi
gg/mm/aa

11. **Diagnosi clinica di:**

- Rinite acuta ☐ Bronchiolite ☐ Enterocolite ☐
- Rinofaringite ☐ Bronchite cronica ☐
- Faringotonsillite ☐ Bronchite acuta ☐
- Laringite ☐ Polmonite interstiziale ☐
- Trachebronchite ☐ Pleurite ☐

12. **Terapia in atto** No ☐ Si ☐ Se sì, tipo di terapia: Antipiretica ☐
- Chemioterapica ☐
- Broncodilatativa ☐
- Antivirale ☐

Data prelievo
gg/mm/aa

Apporre etichetta
identificativa
del campione

14. **Medico compilatore:**

Timbro e firma: