

cognome _____ nome _____ sesso M F data nascita ____/____/____ reparto _____ tel. interno/fax _____ letto _____

prelievo eseguito il _____ ore _____ nazionalità _____

conservato in frigorifero
 termostato
 a temperatura ambiente fino alle ore _____



I campioni devono pervenire entro 2 ore dal prelievo e prima delle ore 12.00

DATI ANAMNESTICI E CLINICI RILEVANTI

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> FEBBRE | <input type="checkbox"/> MENINGISMO |
| <input type="checkbox"/> LEUCOCITOSI | <input type="checkbox"/> LINFOADENOPATIA |
| <input type="checkbox"/> LEUCOPENIA | <input type="checkbox"/> ESANTEMA |
| <input type="checkbox"/> SEPSI | <input type="checkbox"/> ANGINA |
| <input type="checkbox"/> CISTITE/PIELITE | <input type="checkbox"/> FOCOLAI BRONCOPNEUMONICI |
| <input type="checkbox"/> LEUCORREA | <input type="checkbox"/> TOSSE |
| <input type="checkbox"/> PRURITO | <input type="checkbox"/> EMOFTOE |
| <input type="checkbox"/> DIARREA | <input type="checkbox"/> ESSUDATO PURULENTO |
| <input type="checkbox"/> SOGGIORNO ESTERO | <input type="checkbox"/> EPIDEMIA |
| <input type="checkbox"/> CASO ISOLATO | <input type="checkbox"/> TOSSINFEZIONE ALIMENTARE |
| <input type="checkbox"/> EOSINOFILIA | <input type="checkbox"/> _____ |

INDAGINI IN:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> NUOVO RICOVERO | <input type="checkbox"/> MEDICINA PREVENTIVA |
| <input type="checkbox"/> USTIONATO | <input type="checkbox"/> PRE-TRAPIANTO |
| <input type="checkbox"/> LEUCEMICO | <input type="checkbox"/> TRAPIANTO DI _____ |
| <input type="checkbox"/> PROTOCOLLO DI RICERCA | DATA _____ |
| <input type="checkbox"/> ONCOLOGICO | <input type="checkbox"/> POST-OPERATORIO |
| <input type="checkbox"/> HIV + DAL _____ | <input type="checkbox"/> GRAVIDANZA DAL _____ |
| <input type="checkbox"/> CARICA VIRALE HIV -1 DEL _____ | <input type="checkbox"/> COLTURA DI SORVEGLIANZA |
| <input type="checkbox"/> AIDS CD4 _____ | |
| CD8 _____ | |
| <input type="checkbox"/> _____ | |

PAZIENTE CON

- CATETERE A PERMANENZA
 VIA VENOSA
 VIA URINARIE
 VIA LIQUORALE
 DRENAGGI _____

PRECEDENTE POSITIVITÀ PER:

EVENTUALE TERAPIA IN CORSO:

CHEMIOANTIBIOTICA: _____

DAL _____

ANTIVIRALE: _____

DAL _____

IMMUNOSOPPRESSIVA: _____

VACCINAZIONI: _____

SOSPETTO DIAGNOSTICO: _____

NOTE: _____

FIRMA (LEGGIBILE) DEL MEDICO

MATERIALE INVIATO

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> AGOASPIRATO* _____ | <input type="checkbox"/> PRELIEVO BIOPTICO* |
| <input type="checkbox"/> ASPIRATO BRONCHIALE | <input type="checkbox"/> PUS DA LESIONE APERTA* |
| <input type="checkbox"/> ASPIRATO NASO-FARINGEO | <input type="checkbox"/> PUS DA LESIONE CHIUSA* |
| <input type="checkbox"/> BILE | <input type="checkbox"/> SALIVA |
| <input type="checkbox"/> BRONCOLAVAGGIO | <input type="checkbox"/> SANGUE |
| <input type="checkbox"/> CATETERE DA _____ | <input type="checkbox"/> SPERMA |
| <input type="checkbox"/> COLOSTRO | <input type="checkbox"/> TAMPONE AURICOLARE |
| <input type="checkbox"/> DRENAGGIO* | <input type="checkbox"/> TAMPONE CONGIUNTIVALE |
| <input type="checkbox"/> ESPETTORATO | <input type="checkbox"/> TAMPONE FARINGEO |
| <input type="checkbox"/> FECI | <input type="checkbox"/> TAMPONE NASALE |
| <input type="checkbox"/> GARGARIZZATO | <input type="checkbox"/> TAMPONE ORALE |
| <input type="checkbox"/> LIQUIDO AMNIOTICO | <input type="checkbox"/> TAMPONE URETRALE |
| <input type="checkbox"/> LIQUIDO ARTICOLARE* | <input type="checkbox"/> TAMPONE VAGINALE |
| <input type="checkbox"/> LIQUIDO PERITONEALE | <input type="checkbox"/> TEST DI STAMEY |
| <input type="checkbox"/> LIQUIDO PLEURICO | <input type="checkbox"/> URINE |
| <input type="checkbox"/> LIQUOR | <input type="checkbox"/> URINE DA CATETERE |
| <input type="checkbox"/> PORTEX | <input type="checkbox"/> ALTRI MATERIALI* _____ |

* INDISPENSABILE INDICARE LA SEDE DELLA LESIONE

ESAME VIROLOGICO RICHIESTO

- Ricerca di acidi nucleici (DNA/RNA) Prove di isolamento
 Sequenziamento

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> HIV-1 | <input type="checkbox"/> HHV-6 | <input type="checkbox"/> PARAMYXOVIRUS |
| <input type="checkbox"/> HIV-1 carica virale | <input type="checkbox"/> HHV-7 | <input type="checkbox"/> ORTHOMYXOVIRUS |
| <input type="checkbox"/> HIV-1 genotipo | <input type="checkbox"/> HHV-8 | <input type="checkbox"/> ADENOVIRUS |
| <input type="checkbox"/> HTLV | <input type="checkbox"/> HCMV | <input type="checkbox"/> PARVOVIRUS B19 |
| <input type="checkbox"/> HCV | <input type="checkbox"/> HCMV carica virale | <input type="checkbox"/> VIRUS DELLA ROSOLIA |
| <input type="checkbox"/> HCV carica virale | <input type="checkbox"/> EBV | <input type="checkbox"/> TBE |
| <input type="checkbox"/> HCV genotipo | <input type="checkbox"/> EBV carica virale | <input type="checkbox"/> ENTEROVIRUS |
| <input type="checkbox"/> HBV | <input type="checkbox"/> VZV | <input type="checkbox"/> BORNAVIRUS |
| <input type="checkbox"/> HBV carica virale | <input type="checkbox"/> HPV | <input type="checkbox"/> TTV |
| <input type="checkbox"/> HGV | <input type="checkbox"/> HPV genotipo | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> HSV-1 | <input type="checkbox"/> BKV | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> HSV-2 | <input type="checkbox"/> JCV | <input type="checkbox"/> _____ |

NB: i campioni devono essere recapitati al laboratorio di riferimento (in altra ULSS) entro poche ore. Eseguire il prelievo solo dopo aver ricevuto conferma della programmazione del trasporto.