

## ALLEGATO 6

### Scheda per l'invio dei campioni all'ISS, per la conferma di laboratorio di morbillo, rosolia e parotite

REGIONE \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_

#### DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

<b>Cognome e nome</b> .....	<b>Sesso</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nato il ____ / ____ / ____ a .....	Provincia .....
<b>Domicilio:</b> Comune .....	Provincia .....
<b>Residenza (se diversa da domicilio):</b> Comune .....	Provincia .....

#### DIAGNOSI CLINICA

Morbillo       Rosolia       Parotite

#### STATO VACCINALE

##### **Precedente vaccinazione contro morbillo, rosolia e parotite**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> No               | <input type="checkbox"/> Non so, non ricordo |  |
| <input type="checkbox"/> Sì, 1 dose       | <input type="checkbox"/> Sì, 2 dosi          | <input type="checkbox"/> Sì, non ricordo le dosi |
| <input type="checkbox"/> Sì solo Morbillo | <input type="checkbox"/> Sì solo Parotite    | <input type="checkbox"/> Sì solo Rosolia         |

Se sì, quando ha effettuato l'ultima dose (gg/mm/aaaa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(gg/mm/aaaa)

#### DATI CLINICI

**Data di comparsa dell'esantema o della tumefazione parotidea:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(gg/mm/aaaa)

Tipo di prelievo: Sangue  Saliva  Urine  Altro  (Specificare: .....

Data del prelievo (gg/mm/aaaa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

##### **Medico referente (a cui inviare i risultati di laboratorio):**

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

##### **Indirizzo**

Struttura: .....

Via ..... Comune: ..... Provincia .....

N° di telefono ..... N.Fax: .....

Email: .....