

ALLEGATO 3

SCHEDA DI NOTIFICA DI CASO DI INFEZIONE DA VIRUS DELLA ROSOLIA IN GRAVIDANZA

(riservato al Ministero della Salute) Codice identificativo

Regione <input type="text"/>	Provincia <input type="text"/>
Comune <input type="text"/>	ASL <input type="text"/>

Sezione 1 - INFORMAZIONI ANAGRAFICHE DELLA PAZIENTE

Cognome <input type="text"/>		Nome <input type="text"/>	
Codice SSN <input type="text"/>			
Luogo di nascita <input type="text"/>		data di nascita <input type="text"/> (gg/mm/aaaa)	
Residenza			
Via/piazza e numero civico <input type="text"/>	Comune <input type="text"/>	Provincia <input type="text"/>	ASL <input type="text"/>
Domicilio abituale, se diverso dalla Residenza <input type="text"/>			
Stato civile	Nubile <input type="checkbox"/>	Coniugata <input type="checkbox"/>	Separata/Divorziata <input type="checkbox"/>
Cittadinanza	Italiana <input type="checkbox"/>	Altra (specificare) <input type="text"/>	Anno immigrazione <input type="text"/>
Occupazione al momento del concepimento <input type="text"/>			

Sezione 2 - INFORMAZIONI OSTETRICHE E CLINICHE

numero precedenti gravidanze (totale) <input type="text"/> NN <input type="checkbox"/>	numero parti <input type="text"/> NN <input type="checkbox"/>	numero nati viventi <input type="text"/> NN <input type="checkbox"/>				
Informazioni cliniche sulla gravidanza attuale						
data ultima mestruazione (DUM) <input type="text"/> <small>gg/mm/aa</small>		NN <input type="checkbox"/>				
durante questa gravidanza ha usufruito di assistenza pre-natale? <input type="checkbox"/>		data prima visita <input type="text"/>				
vaccinazione contro la rosolia <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NN <input type="checkbox"/>	se SI, data vaccinazione <input type="text"/>				
Rubeotest eseguito prima della gravidanza <input type="checkbox"/>	se SI, data esecuzione <input type="text"/>	risultato: Immune <input type="checkbox"/>				
Se NO, primo Rubeotest in gravidanza data <input type="text"/>		Suscettibile <input type="checkbox"/>				
		Non Noto <input type="checkbox"/>				
durante questa gravidanza ha avuto una malattia simile a rosolia? <input type="checkbox"/>		S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NN <input type="checkbox"/>				
se si, caratteristiche cliniche della malattia, ordine temporale(I, II etc) e data di comparsa sintomi, data risoluzione sintomi:						
	S	N	NN	Ordine temp.	data comparsa	data risoluz (anche approssimativo)
rash cutaneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
febbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
linfadenopatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
artralgia/artrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
altro, specificare <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>