

Raccolta informazioni casi/contatti di scabbia*

CASO	
UNITÀ OPERATIVA _____	
Operatore sanitario <input type="checkbox"/>	Paziente/Visitatore <input type="checkbox"/>
Nome e cognome _____	
Data di nascita _____	
Sesso F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	N.ro di camera _____ N.ro letto _____
Data di comparsa dei sintomi _____	
Durata in giorni _____	
Tipo di lesione _____	
Localizzazione _____	
Confermato dal Dermatologo SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se sì, Epiluminescenza SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se trasferito: Trasferito in _____	
Il compilatore _____	Qualifica _____
CONTATTO	
UNITÀ OPERATIVA _____	
Operatore sanitario <input type="checkbox"/>	Paziente/Visitatore <input type="checkbox"/>
Nome e cognome _____	
Data di nascita _____	
Sesso F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	N.ro di camera _____ N.ro letto _____
Data di esposizione _____	
Contatto di Scabbia norvegese: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Tipo di contatto: Alto rischio <input type="checkbox"/> Basso rischio <input type="checkbox"/>	
Profilassi indicata SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Se sì, Data di ricevimento delle profilassi _____	
Il compilatore _____	Qualifica _____

N.B. Sorvegliare tutti i casi certi e probabili (presenza di segni e sintomi compatibili), considerando, a partire dalla segnalazione di caso, tutti i pazienti, il personale di assistenza permanente e temporaneo, altri erogatori di assistenza anche volontari, i visitatori regolari, nelle 6 settimane precedenti.

* Utilizzare un modulo distinto per ciascun caso o contatto

