

MALARIA

Tipo Malaria:

Data diagnosi clinica:

Data Emoscopia:

Specie plasmodio:

Terapia:

Farmaco resistenza a:

Se Forme miste, specificare:

Se altra, specificare:

Da chi ha ricevuto informazioni sulla prevenzione della malaria ?

se altro, specificare:

Chemioprolassi:

Chemioprolassi effettuata ?

se si, specificare:

Durante il periodo sono saltate alcune assunzioni ?

La chemioprolassi è stata completata per 4 settimane dopo il rientro ?

Se no, specificare il motivo:

Effetto collaterale 1:

Se altro, specificare:

Effetto collaterale 2:

Se altro, specificare:

Misure di prevenzione

le hanno consigliato misure di protezione contro le punture di zanzare ?

Ha dormito protetto da zanzariere nelle zone a rischio ?

Ha usato repellenti cutanei ?

Se usati, specificare:

Riservato Ministero e ISS

Emoscopia pervenuta:

Emoscopia controllo: