

Consegnare a: SETTORE SIERO-VIROLOGIA, UO MICROBIOLOGIA, Padiglione 11, SECONDO PIANO - Ospedale Sant'Orsola, via Massarenti 9, 40138 BOLOGNA

Per accettazione campioni Tel. 051-2144450/051 2144516 - Per esiti e quesiti clinici Tel. 051-2143013/2143511

SCHEDA ACCOMPAGNAMENTO CAMPIONI – LEISHMANIOSI

Data: ____ / ____ / ____

Si inviano i seguenti campioni per ricerca di Leishmania* prelevato/i il ____ / ____ / ____

- Campione/di: sangue periferico in EDTA sangue midollare in EDTA siero
 Prelievo biotico (specificare localizzazione):

DATI PAZIENTE (in stampatello)

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
 Codice fiscale _____ Nato/a il ____ / ____ / ____ a _____
 Domicilio abituale (via/piazza) _____

SINTOMI /SEGNI

- NUOVO CASO** **RECIDIVA/RICADUTA**

Se recidiva/ricaduta specificare i criteri _____

Data di inizio sintomi ____ / ____ / ____

Sospetto di:

<input type="checkbox"/> Leishmaniosi Viscerale <input type="checkbox"/> Febbre <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Epatosplenomegalia <input type="checkbox"/> Leucopenia <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Perdita di peso <input type="checkbox"/> Trombocitopenia <input type="checkbox"/> Linfadenopatia	<input type="checkbox"/> Leishmaniosi Cutanea <input type="checkbox"/> Lesioni alle mucose <input type="checkbox"/> Lesioni cutanee Localizzazione _____ <input type="checkbox"/> ulcera <input type="checkbox"/> papula <input type="checkbox"/> nodulo <input type="checkbox"/> placca <input type="checkbox"/> interessamento linfonodale Numero di lesioni: <input type="checkbox"/> 1-3 lesioni <input type="checkbox"/> > di 3 lesioni Dimensioni della lesione più grande _____ cm Risultato dell'esame istologico _____
Altri sintomi _____	

Eventuali test diagnostici per leishmania già effettuati e risultati: _____

Stato di immunodepressione sì no (se sì, specificare)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Immunodeficienza primitiva | <input type="checkbox"/> Malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinali |
| <input type="checkbox"/> Immunodeficienze secondarie a trattamento farmacologico | <input type="checkbox"/> Cirrosi epatica o epatopatia cronica grave |
| <input type="checkbox"/> Altre gravi immunodeficienze | <input type="checkbox"/> Dialisi o insufficienza renale cronica |
| <input type="checkbox"/> Patologia oncologica | <input type="checkbox"/> Asplenia anatomica o funzionale |
| <input type="checkbox"/> Patologia onco-ematologica | <input type="checkbox"/> Malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie |
| <input type="checkbox"/> Diabete mellito e altre malattie metaboliche | <input type="checkbox"/> Abuso patologico di sostanze |

MEDICO RICHIEDENTE _____ Tel. _____ FAX _____

REPARTO e OSPEDALE _____

* I campioni devono essere inviati **a temperatura ambiente**