Scheda di segnalazione di caso umano di West Nile Virus

IMPORTATO ❑ AUTOCTONO ❑ - PROBABILE ❑ CONFERMATO ❑

1. Regione _____ **2. Azienda Sanitaria/Ospedale** _____

3. Servizio / Reparto _____

4. Dati relativi al paziente:

Cognome: _____ Nome: _____

Sesso: M ☐ F ☐ Codice Fiscale |___|___|___|