



Nominativo dell'intervistato : _____

Paese visitato : _____

Profilassi ANTI-MALARICA

SI

NO

<input type="checkbox"/> MEFLOCHINA	<input type="checkbox"/> SOLO COMPORTAMENTALE
<input type="checkbox"/> CLOROCHINA	<input type="checkbox"/> COMPORTAMENTALE +(eventuale) AUTOTRATTAMENTO
<input type="checkbox"/> CLOROCHINA +PROGUANIL	<input type="checkbox"/> ALTRO

Posologia e durata di assunzione : _____

Eventuali controindicazioni all'uso di prodotti anti-malarici

Giorni trascorsi dalla data del rientro	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
Disturbi accusati durante il viaggio
Disturbi accusati durante il soggiorno
Disturbi accusati al rientro
Ha eseguito la profilassi antimalarica prescritta ?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Eventuali effetti collaterali
Reazioni alle vaccinazioni eseguite alla partenza
Prescrizione accertamenti diagnostici

Comportamenti a rischio tenuti durante il viaggio

<input type="checkbox"/> Consumato acqua ghiaccio o bevande non imbottigliate	<input type="checkbox"/> Contatto con acqua di lago , fiume o stagno
<input type="checkbox"/> Consumato verdura cruda	<input type="checkbox"/> Frequentazione zone di balneazione non controllate
<input type="checkbox"/> Consumato carne o pesce inadeguatamente cotti	<input type="checkbox"/> Attraversato zone ricche di vegetazione con calzature o abbigliamento inadeguati
<input type="checkbox"/> Consumato cibi locali acquistati da ambulanti	<input type="checkbox"/> Rapporti sessuali non controllati
<input type="checkbox"/> Consumato frutti di mare o altri molluschi eduli	<input type="checkbox"/> Altro :

Data _____

Compilatore _____