

	QUESTIONARIO WEST NILE VIRUS ED ALTRE MALATTIE TRASMISSIBILI	 QUA/M17 Rev. 09 del 09/07/2025
---	---	--

AREE A RISCHIO WEST NILE VIRUS		
Ha soggiornato negli ultimi 28 giorni, anche solo per una notte, nei seguenti Stati esteri o nelle seguenti province italiane?		
PROVINCE ITALIANE		STATI ESTERI
ABRUZZO (L'AQUILA)		CANADA'
CAMPANIA (CASERTA, NAPOLI)		GRECIA
EMILIA ROMAGNA (BOLOGNA, FERRARA, FORLI'-CESENA, MODENA, PARMA, PIACENZA, RAVENNA, REGGIO EMILIA)		ROMANIA
FRIULI VENEZIA GIULIA (UDINE)		STATI UNITI
LAZIO (FROSINONE, LATINA, ROMA)		
LOMBARDIA (BRESCIA, CREMONA, LECCO, LODI, MANTOVA, MILANO, PAVIA, VARESE)		
PIEMONTE (ASTI, NOVARA, TORINO, VERCELLI)		
PUGLIA (FOGGIA, LECCE)		
SARDEGNA (ORISTANO, SASSARI)		
SICILIA (CATANIA)		
VENETO (PADOVA, ROVIGO, TREVISO, VENEZIA, VERONA, VICENZA)		

AREE A RISCHIO DENGUE	
Ha soggiornato, anche per poche ore, negli ultimi 28 giorni nei seguenti Stati/aree/province, comuni?	
Italia:	Budrio (Bo)
Francia:	Dipartimenti del Var, delle Bocche del Rodano, della Loira, dell'Ain (Regione Alvernia-Rodano-Alpi), Afghanistan, Arabia Saudita, Argentina, Bangladesh, Brasile, Burkina Faso, Cambogia, Camerun, Capo Verde, Ciad, Cina, Colombia, Costa d'Avorio, Etiopia, Ghana, Guadalupa, Guinea, Guyana Francese, Kenia, India, Indonesia, Iran, Laos, La Reunion, Malesia, Mali, Martinica, Mauritius, Mayotte, Messico, Nepal, Niger, Nigeria, Pakistan, Paraguay, Repubblica Centro Africana, Sao Tomé e Principe, Senegal, Singapore, Saint Barthelemy, Saint Martin, Sudan, Togo, Vietnam.

AREE A RISCHIO CHIKUNGUNYA	
Ha soggiornato negli ultimi 28 giorni, anche per poche ore, nei seguenti Stati/aree/province, comuni?	
Italia:	Castel San Giovanni (PC), Bentivoglio (BO)
Francia:	Dipartimenti della Reunion, della Mayotte, dell'Hérault, del Var, del Gard, della Drôme, delle Bocche del Rodano, della Corsica del Sud, del Basso Reno, della Gironda, dell'Isere, delle Landes e delle Alpi Marittime

☐ **NO** ☐ **SI**

INSERIRE ETICHETTA CAI

Se ha risposto SI, quando è rientrato? _____

Data _____ Firma del donatore _____

Firma del medico _____