



QUESTIONARIO WEST NILE VIRUS ED ALTRE MALATTIE TRASMISSIBILI



QUA/M17
Rev. 09
del 09/07/2025

AREE A RISCHIO WEST NILE VIRUS

A seguito di riscontro di positività per West Nile virus (WNV) in un esemplare di equide nel comune di Ragusa, si dispone l'esecuzione del test NAT West Nile Virus su tutte le donazioni della provincia di Ragusa.

AREE A RISCHIO DENGUE

Ha soggiornato, anche per poche ore, negli ultimi 28 giorni nei seguenti Stati/aree/province, comuni?

Francia: Dipartimenti delle Bocche del Rodano e dell'Alta Garonna, dell'Herault
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: **Provincia di Forlì-Cesena** (Cesenatico); **Provincia di Lucca** (Forte dei Marmi); **Provincia di Modena** (Carpi, Cavezzo, Modena, Nonantola, Novi di Modena, San Prospero, Soliera); **Provincia di Reggio Emilia** (Correggio, Novellara); **Provincia di Verona** (Affi, Bussolengo, Buttapietra, Cavaion Veronese, Negrar di Valpolicella, Pescantina, S. Ambrogio di Valpolicella, San Giovanni Lupatoto, San Pietro in Cariano, Verona, Villafranca di Verona).
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, delle Alpi Marittime, dei Pirenei Atlantici, della Dordogna, della Charente Marittima, della Savoia, del Somme, del Loiret, della Corrèze, di Parigi, della Vancluse, della Valle della Marna.

INSERIRE ETICHETTA CAI

☐ NO ☐ SI

Se ha risposto SI, quando è rientrato? _____

Data _____ Firma del donatore _____

Firma del medico _____