

**SORVEGLIANZA DEL RISCHIO EPIDEMIOLOGICO DA:
ZIKA VIRUS, EBOLA VIRUS (EVD), WEST NILE VIRUS (WNV), MALARIA,
DENGUE, CHIKUNGUNYA, MONKEYPOX (MPX), CORONAVIRUS (2019-nCoV)**

Cognome	Nome	
Luogo di nascita	Data di nascita	Sesso

- A.** In riferimento al rischio epidemiologico da **ZIKA VIRUS**, il sottoscritto dichiara che negli ultimi **28 giorni NON** ha soggiornato in:
America Meridionale: Brasile, Colombia, Suriname, Paraguay, Peru, Argentina (province di Tucuman, Salta, Chaco, Formosa,), Venezuela, Bolivia, Ecuador, Guyana Francese, Guyana, **America Centrale:** Honduras, Panama, Guatemala, El Salvador, Belize, Nicaragua, Porto Rico, Costa Rica, **Caraibi:** Giamaica, Haiti, Martinica, Repubblica Dominicana, Guadalupa,, Curacao, Saint Martin, Barbados, Trinidad e Tobago, Saint Vincent e Grenadine, Sint Maarten, Cuba, Dominica, Santa Lucia, Saint-Barthelemy, Grenada, Isola di Anguilla, Paesi Bassi Caraibici (isola di Sint Eustatius, Saba, Bonaire,), Antigua, Barbuda-Turks, Caicos, Isole Vergini Britanniche, Isole Cayman, Isole Vergini Americane, Bahamas, Saint Kitts and Nevis, Isola di Moneserrat, Aruba **America Settentrionale:** Stati Uniti (Florida, Texas), Messico **Altre Regioni:** Filippine, India (Gujarat, Tamil Nadu), Vietnam, Papua Nuova Guinea, Guinea Bissau (isole Bijagos), Singapore, Malesia, Indonesia, Capo Verde, Maldive, Isole del Pacifico, Thailandia, **Francia:** Provincia del Var
- B.** In riferimento al rischio epidemiologico da **EBOLA VIRUS (EVD)**, il sottoscritto dichiara che negli ultimi **60 giorni NON** ha soggiornato in :
a. Repubblica Democratica del Congo, Guinea, Liberia, Nigeria, Sierra Leone, e/o in paesi **con documentata epidemia;**
b. (dichiara inoltre di **NON** essere stato in contatto con pazienti affetti da **EVD** o comunque esposti allo stesso virus)
- C.** In riferimento al rischio epidemiologico da **WEST NILE VIRUS (WNV)**, il sottoscritto dichiara che negli ultimi **28 giorni NON** ha soggiornato in paesi/regioni con documentata epidemia: **SOSPENSIONE TUTTO L'ANNO Stati Uniti e Canada**
- D.** In riferimento al rischio epidemiologico da **MALARIA**, il sottoscritto dichiara che negli ultimi **12 mesi NON** ha soggiornato in paesi/regioni con documentata epidemia:
- E.** In riferimento al rischio epidemiologico da **VIRUS DENGUE**, il sottoscritto dichiara che negli ultimi **28 giorni NON** ha soggiornato in:
FRANCIA: Dip. dell'Ile de La Reunion, Dip. d'Oltremare della Guadalupa, Dip. d'Oltremare della Martinica, Collettività d'Oltremare di S. Martin, Collettività d'Oltremare di Saint Barthèlemy, Montpellier, Dipartimento del Var (Provenza-Alpi- Costa Azzurra), Dipartimento dei Pirenei Orientali, Dipartimenti del Gard (Regione Occitania), della Valle della Marna e della Drôme (Regione Alvernia-RodanoAlpi),
AMERICA: Argentina, Brasile, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Guatemala, Messico, Nicaragua, Panama, Perù
ASIA: Bangladesh, Filippine.
- F.** In riferimento al rischio epidemiologico da **VIRUS MONKEYPOX (MPX)** il sottoscritto dichiara di non aver avuto negli ultimi **21 giorni** contatti stretti con casi confermati e/o sospetti nei seguenti paesi:
Africa occidentale e centrale, Stati Uniti, Canada, Australia, Regno Unito, Portogallo (Lisbona e valle del fiume Tago), Spagna, Belgio, Germania, Austria, Francia, Svezia, Paesi Bassi, Italia
- G.** In riferimento al rischio epidemiologico da **CORONAVIRUS (2019-nCoV)** il sottoscritto dichiara che:
-Non ha attualmente né febbre, né tosse, né difficoltà a respirare
-Non ha avuto, nei 14 gg. precedenti, né febbre, né tosse, né difficoltà a respirare
-Non ha e/o Non ha avuto contatti con casi probabili (dubbi) e/o confermati di **COVID-19**

Aggiornato al 15/12/2023