

ESAME OBIETTIVO

Polmonare

Cardiaco

Addominale

RISCHI ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI

OBBLIGO DI COMPILAZIONE DA PARTE DEL DIRIGENTE MEDICO DI REPARTO

	<i>Si</i>	<i>No</i>
1) TSE confermata o sospetta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Paziente che ha subito impianto di dura madre (umana e bovina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Paziente che ha assunto ormone della crescita di origine umana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Paziente che ha subito trapianto di cornea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Paziente membro di famiglia TSE ereditaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del Dirigente Medico

Il/La sottoscritto/a

nato/a il

a

ricoverato/a in questa struttura in data

☐ **ACCONSENTE**

☐ **NON ACCONSENTE**

Alle indagini sierologiche, compreso il test per l'H.I.V., atte ad accertare la presenza di Malattie infettive.

Firma