

Al Ministero della Salute
Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria

dgprev@postacert.sanita.it; segr.dgprev@sanita.it; malinf@sanita.it;
coordinamento.usmafasn@sanita.it; f.maraglino@sanita.it; coordinamento.contactracing@sanita.it

Io sottoscritto (Cognome e nome) _____ in qualità di (specificare ruolo)
_____dichiaro che (Cognome e nome)
_____(professione)_____
_____Nato/a_____, il ____/____/_____, Residente* in_____,
telefono_____, che tornerà in Italia con il volo/i
_____, del ____/____/_____, destinazione Aeroporto di
_____dove arriverà il ____/____/_____, ha prestato la sua opera come
_____dal ____/____/_____ al ____/____/_____ presso i progetti gestiti da
_____in _____(specificare _____Paese
affetto)_____. Località_____.

Certifico inoltre che non avendo avuto contatti non protetti con casi noti o sospetti di malattia da virus Marburg (vivi o morti) o con animali morti o malati o altre possibili esposizioni a rischio, quali partecipazione a funerali, durante la permanenza in (specificare Paese affetto) _____ nei precedenti 21 giorni, è da considerarsi a rischio _____sulla base della circolare del Ministero della Salute del 4 settembre 2019 (figura 2).

Si dichiara, altresì, che al momento della partenza il suddetto operatore non presenta alcun sintomo di malattia (febbre, vomito, dolori articolari, debolezza, sangue dal naso o dalla bocca, nel vomito o nelle feci, urine scure o con sangue) e che lo stesso è consapevole che, ove durante il viaggio dovesse emergere qualsiasi sintomo di malattia, dovrà immediatamente e prima dell'arrivo segnalarlo al personale di volo.

Dichiaro inoltre quanto segue (eventuali note aggiuntive)
_____.

Luogo

Data

Cognome e nome del medico (se presente)

Firma leggibile

L'operatore rientrante

Firma leggibile

Cognome e Nome del Rappresentante

Firma leggibile e timbro

* indicare indirizzo completo di residenza o domicilio abituale in Italia, per la continuazione della sorveglianza sanitaria.



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

MALATTIA DA VIRUS MARBURG (MVM)

Screening primario per viaggiatori internazionali provenienti da Paesi colpiti da MVM

Primary screening for International Travellers from Marburg virus disease-affected countries

1. Cognome/Surname: _____ Nome/Name: _____
2. Genere/Gender: _____ Data di nascita/Date of birth: __/__/____
3. Contatti del partecipante-viaggiatore/Participant-traveller contact (hotel, gruppo/group, mobile, indirizzo/address, email)

SINTOMATOLOGIA/SYMPTOMS	SI/YES	NO/NO	NON NOTO/UNKNOWN
febbre/fever*			
vomito/vomiting			
dolori articolari/joint pain			
debolezza/weakness			
Sangue dal naso o dalla bocca, nel vomito o nelle feci, urine scure o con sangue <i>Bleeding from nose or mouth, in vomit or stool, dark or bloody urine</i>			
Comparsa dei sintomi (gg/mm/aa) <i>Date of onset of symptoms (DD/MM/YYYY)</i>			

Per passeggeri provenienti da Paesi affetti da malattia da virus Marburg: <i>For travellers with history of travel in countries affected by Marburg virus disease:</i>			
	SI/YES	NO/NO	NON NOTO/UNKNOWN
Eventuali contatti con qualcuno che ha presentato vomito, diarrea o sanguinamento o con animali nei precedenti 21 giorni <i>History of contact with someone who presented vomiting, diarrhoea or bleeding or with animals in the previous 21 days</i>			
Contatti con qualcuno che è deceduto nei precedenti 21 giorni <i>History of contact with someone who died in the previous 3 weeks</i>			
Partecipazione ad un funerale negli scorsi 21 giorni <i>History of attending funerals/burials in the previous 21 days</i>			
Professione/ <i>Job</i>			
Livello di esposizione secondo classificazione del Ministero della salute** <i>Exposure level according to the Italian Ministry of Health</i>			

- Febbre misurata da/Temperature measured by #: _____
il/on___/___/_____
gradi/degrees _____
- Febbre misurata da/Temperature measured by #: _____
il/on___/___/_____
gradi/degrees _____
- Febbre misurata da/Temperature measured by #: _____
il/on___/___/_____
gradi/degrees _____

ORIGINE GEOGRAFICA/ <i>GEOGRAPHICAL ORIGIN</i>	
Paese di residenza/ <i>Country of residence</i>	
Proveniente da/ <i>Travelling from</i>	
Diretto a/ <i>Travelling to</i>	
Indirizzo completo nei 21 giorni successivi all'arrivo/ <i>detailed address for the 21 days following the arrival</i>	

#INDICARE UFFICIO/SERVIZIO CHE HA EFFETTUATO LA MISURAZIONE/SPECIFY THE OFFICE/SERVICE WHICH PERFORMED THE MEASUREMENT