

SEGNALAZIONE DI CASO DI MALATTIA INFETTIVA

MALATTIA: Sospetta Accertata

DATI RELATIVI AL PAZIENTE

Barrare la casella che interessa:

- Antrace R F
- Blenorragia
- Botulismo R Fax
- Brucellosi
- Campilobatteriosi
- Colera R Fax
- Criptosporidiosi
- Differite R Fax
- Echinococci
- Encefalite trasmessa da zecche
- Encefaliti virali
- Epatite virale acuta A
- Epatite virale acuta B
- Epatite virale acuta C
- Altre epatiti virali acute
- Febbri emorragiche virali R Fax
- Febbre gialla R Fax
- Febbre Q
- Febbre ricorrente epidemica R Fax
- Febbre tifoide
- Giardiasi
- Influenza con isolamento virale R Fax
- Lebbra
- Legionellosi R @
- Leishmaniosi cutanea
- Leishmaniosi viscerale
- Leptosirosi
- Listeriosi
- Malaria
- Malattia di Creutzfeldt-Jacob R Fax
- Malattia da E. coli patogeno
- Malattia di Lyme
- Malattia invasiva da H.influenzae R @
- Malattia invasiva da meningococco R @
- Malattia invasiva da pneumococco R @
- Meningite batterica n.s. R @
- Morbillo
- Paratifo
- Parotite
- Pediculosi
- Pertosse
- Peste R Fax
- Poliomielite R Fax
- Psittacosi/Ornitosi
- Rabbia R Fax
- Rickettsiosi
- Rosolia
- Rosolia congenita
- Salmonellosi
- SARS R F
- Scabbia
- Scarlattina
- Shigellosi
- Sifilide
- Tetano R Fax
- Tifo esantematico R Fax
- Tossinfezione alimentare
- Toxoplasmosi
- Trichinosi R Fax
- Tubercolosi extrapolmonare R @
- Tubercolosi polmonare R @
- Tularemia
- Yersiniosi
- Vaiolo R F
- Varicella
- Altro (specificare)

Cognome/Nome:

Data di nascita: ___/___/___

Sesso: F M

Comune di nascita:

Domicilio: Via

Comune Prov. |__|__|

Residenza (se diversa da domicilio): Via

Comune Prov. |__|__|

Recapito telefonico:

Professione

Collettività frequentata: (es: scuola materna, casa di riposo...)

Inizio sintomi: Data ___/___/___ Comune

Viaggi/soggiorno all'estero sì, spec.

Ricovero ospedaliero: sì, spec.

Gravidanza sì Specificare, età gestazionale settimanal |__|__|

Precedentemente vaccinato: sì no non so

Criteri di diagnosi:

Clinica

Sierologia

Esame diretto/istologico

Esame culturale

Altro

Legionellosi: struttura turistica struttura sanitaria terme

Meningite batterica: strutture a rischio età <24 anni personale scuole

TBC: collettività a rischio polmonare (operatore) polm.(paziente)

Malattia correlata a pratiche assistenziali

Acquisita nel corso dell'assistenza sanitaria? sì no non so

Altri casi di malattia potenzialmente correlati? sì no non so

Commenti:

DATI RELATIVI AL MEDICO (accettabile anche un timbro)

Cognome e Nome:

N° telefonico: Data: ___/___/___

Firma del medico

NB: Come segnalare al Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP)
(tramite la Direzione Sanitaria o di Presidio, se medico ospedaliero o di casa di cura)

Segnalazione **immediata** per esigenze di profilassi (al massimo entro 12 ore), per telefono: da lunedì a venerdì, dalle 8.30 alle 13.30, tel. 095 2540126

Inviare la segnalazione anche per Fax (n° 095 7170634 095 7178103)

Segnalazione **per via ordinaria** (di norma non oltre le 48 ore): per posta

Servizio Epidemiologia e prevenzione - Via Tevere, 39 - 95027 Cerza - San Gregorio di CT),