

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI MALATTIA INFETTIVA

(Rielaborazione aziendale di modulistica regionale)

Malattia Trasmissibile

- AIDS ☎
- Antrace ☎
- Blenorragia ed altre infezioni ST
- Botulismo ☎
- Brucellosi ☎
- Colera ☎
- Dermatofitosi (tigna) ☎
- Diarree infettive (comprende campylobacter, yersiniosi, EHEC, criptosporidiosi) ☎
- Difterite ☎
- Encefalite trasmessa da zecche
- Encefalopatia spongiforme trasmiss.-MCJ ☎
- Epatiti virali (A,B,C,D,E, n.d.) ☎
- Febbre gialla ☎
- Febbri emorragiche virali (febbre di Lassa, Marburg, Ebola) ☎
- Febbre ricorrente epidemica
- Febbre tifoide e paratifo ☎
- Infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare ☎
- Lebbra ☎
- Legionellosi ☎
- Leishmaniosi cutanea e viscerale
- Leptosirosi
- Listeriosi ☎
- Malaria ☎
- Malattia di Lyme ☎
- Malattia invasiva da pneumococco ☎
- Malattia invasiva da meningococco ☎
- Malattia invasiva da Haemophilus ☎
- Meningite ed encefalite batteriche e virali ☎
- Morbillo ☎
- Pediculosi (in forma epidemica)
- Parassitosi intestinali e non (Giardiasi, Amebiasi.....)
- Parotite
- Pertosse
- Peste ☎
- Poliomielite ☎
- Rabbia ☎
- Rickettsiosi ☎
- Rosolia congenita e non ☎
- Salmonellosi non tifoidee ☎
- Scabbia ☎
- Scarlattina
- Shigellosi
- Sifilide
- Tetano ☎
- Trichinosi ☎
- Toxoplasmosi
- Tubercolosi e Micobatteriosi non tb ☎
- Tularemia
- Vaiolo ☎
- Varicella

Caso di
 (compilare per esteso il nome della malattia)

DATI RELATIVI AL PAZIENTE

Cognome:
 Nome:
 Nazionalità:
 Data di nascita:/...../..... Sesso: F M
 Residenza o Domicilio:
 Via
 Comune
 Recapito telefonico
 Codice Fiscale

Collettività frequentata: (es: scuola materna, casa di riposo) nel periodo di incubazione
 Data inizio sintomi:/...../.....
 Ricovero ospedaliero:
 Precedentemente vaccinato: SI NO NON SO

Criteri di diagnosi:
 Clinica
 Sierologia
 Esame diretto/istologico
 Esame colturale
 Altro

Esposizione/Contatti:
 Viaggi o soggiorni al di fuori della residenza

 Contatti stretti (famigliari, conviventi..) con malati

 Contatti con animali domestici

 Altro

DATI RELATIVI AL MEDICO (accettabile anche un timbro)

Cognome:
 Nome:
 N° telefonico:
 Data:/...../.....

☎ = comunicazione telefonica o fax *immediato* **02.8578.8590**

= invio fax al n. **02.8578.8590**

☎ invio immediato invio differito