

ELENCO DEI CONTATTI DEL CASO INDICE

Data.....

Caso di **TUBERCOLOSI**

Cognome	Nome	Qualifica	Unità Operativa	Telefono	Tipo di Contatto (stretto, regolare, occasionale) <i>Medico Competente In collaborazione con CIO</i>	Profilassi (farmaco, posologia)	Sorveglianza Sanitaria <i>Medico Competente</i>
							Dal.....al.....
							Dal.....al.....
							Dal.....al.....
							Dal.....al.....
							Dal.....al.....
							Dal.....al.....
							Dal.....al.....
							Dal.....al.....
							Dal.....al.....
							Dal.....al.....
							Dal.....al.....
							Dal.....al.....

Firma Responsabile U.O.:

Direzione Sanitaria:.....

Firma Medico Competente:

Data:.....