

ELENCO DEI CONTATTI DEL CASO INDICE Caso di MENINGITE MENINGOCOCCICA SOSPETTA ACCERTATA

Applicare etichetta anagrafica paziente con codice a barre



Compilare solo in caso di impossibilità alla stampa dell'etichetta

Cognome:

Nome:

Data di nascita: ___/___/___

Data di compilazione ___/___/___

Trasmettere l'elenco completo alla Direzione Sanitaria

Cognome	Nome	Unità Operativa o attività svolta	Data e ora del contatto telefonico	Profilassi suggerita (farmaco, posologia)	Profilassi eseguita	Sorveglianza Sanitaria <i>Medico Competente</i>
					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Dal.....al.....
					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Dal.....al.....
					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Dal.....al.....
					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Dal.....al.....
					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Dal.....al.....
					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Dal.....al.....
					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Dal.....al.....
					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Dal.....al.....
					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Dal.....al.....
					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Dal.....al.....

N.B. La profilassi deve essere proposta, nel più breve tempo possibile, **solo** ai **contatti stretti** del caso indice

Firma Operatore Sanitario: Direzione Sanitaria:.....