

SCHEMA PER SEGNALAZIONE DI CASO SOSPETTO DI MALATTIA INFETTIVA

Da compilarsi da parte del Medico Curante, Specialista Ambulatoriale ed Extrambulatoriale, Direttore Sanitario e da trasmettersi entro le 12 ore via fono, via tele o via fax al Servizio di Igiene Pubblica ed Epidemiologia dell'ASL 6

| | |
|---------------------------------------------|-----------------|
| Regione _____ | Provincia _____ |
| Comune _____ | USL _____ |
| Caso sospetto di (a stampatello) _____ | |
| (le malattie sono indicate nella circolare) | |

Sezione A

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------|
| Cognome _____ | Nome _____ | Sesso M F |
| Codice SSN _____ | USL _____ | |
| Professione _____ | Cittadinanza _____ | |
| Residenza _____ | Tel. _____ | |
| Domicilio abituale _____ | | |
| Età compiuta all'inizio della malattia (<1 anno) da 0 a 11 mesi = (>1 anno) da 1 a 99 anni = Età _____ | | |
| Data inizio primi sintomi g. ____ m. ____ a. ____ Comune inizio primi sintomi _____ | | |
| Ricovero in luogo di cura: SI ____ NO ____ | | |
| Se esiste vaccino nei confronti della malattia, indicare: Non vaccinato ____ Non noto ____ Vaccinato ____ | | |
| N° dosi _____ | Data ultima dose g. ____ m. ____ a. ____ | Luogo _____ Tipo vaccino _____ |

Sezione B

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------|
| Permanenza a qualunque titolo in Stati esteri nei 2 mesi precedenti la comparsa dei sintomi | | |
| Luogo _____ | dal _____ | al _____ |
| Luogo _____ | dal _____ | al _____ |
| Luogo _____ | dal _____ | al _____ |
| Ricerche diagnostiche eseguite in corso: | | |
| Tipo ricerca _____ | Data esame _____ | |
| Luogo _____ | Risultato _____ | |
| Principali dati anamnestici _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| Esame obiettivo riferito esclusivamente agli organi ed apparati clinicamente interessati dall'infezione | | |

Sezione C

| | | |
|---------------------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Nome e Cognome del Medico segnalatore _____ | | |
| N° di codice regionale _____ | | |
| OSPEDALE _____ | POLIAMBULATORIO _____ | PROPRIO AMBULATORIO _____ |
| DAY HOSPITAL _____ | DI BASE _____ | |
| Recapito professionale _____ | Tel. _____ | Tel. abitaz. _____ |
| SPECIALISTICO _____ | | |
| REPARTO _____ | | |

Il Responsabile dell' U.O.

Direzione Sanitaria

U.O. Prevenzione e Sorveglianza delle Infezioni Ospedaliere
Responsabile Prof. M. Valeria Torregrossa
